ANNALI UNIVERSALI
DI
MEDICINA

GIÀ COMPILATI DAI DOTTORI
ANNIBALE OMODEI E CARLO-AMPELIO CALDERINI
E CONTINUATI DAL DOTTORE
ROMOLO GRIFFINI.

VOLUME CLXXXXIX.

Fascicolo di Gennajo 1867.

—o⊂⊃o—

Di questi *Annali* si pubblica ogni mese un fascicolo di *quattordici o più fogli* in-8.° con tavole incise in rame, o in legno, o litografiche, secondo l'opportunità. — Tre Fascicoli formano un Volume.

Il prezzo dell'annuale associazione è per Milano di italiane lire 31; pel Regno d'Italia di ital. lire 32. 75; per la Monarchia Austriaca di fiorini 15. 05.

Il prezzo si paga anticipato per semestre o per anno.

Le associazioni si ricevono a Milano dalla Società per la pubblicazione degli Annali Universali delle Scienze e dell'Industria.

Il mezzo più facile per l'abbonamento è l'invio alla suddetta Società di un vaglia postale o di un gruppo contenente il nome, cognome e l'indirizzo della persona che intende associarsi, non che il periodo per semestre o per anno a cui vuole obbligarsi.

I libri e i manoscritti che i medici italiani desiderassero far annunciare od inserire negli *Annali*, dovranno essere spediti franchi di ogni spesa, al Direttore signor Dottore *Romolo Griffini*, Via dei Filodrammatici, N.° 3.

MILANO
PRESSO LA SOCIETÀ PER LA PUBBLICAZIONE DEGLI ANNALI UNIVERSALI
DELLE SCIENZE E DELL' INDUSTRIA
Nella Galleria De-Cristoforis
1867.

INDICE DELLE MATERIE.

§ 1. Memorie ed Osservazioni originali.

§ 2. Analisi di Opere, Dissertazioni, Atti di Accademie, ecc.

ANNO 53.°

ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA

FONDATI DAL DOTTORE ANNIBALE OMODEI

CONTINUATI E DIRETTI DAL DOTTORE

ROMOLO GRIFFINI

CAV. DEL R. ORD. MAURIZIANO E DELLA LEG. D' ONORE ; MEMBRO DEL CONSIGLIO DEGLI ORFANOTROFJ E LL. PP. ANNESSI ; MEMBRO DELLA COMMISSIONE ESECUTIVA DELLA ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA ; MEDICO PRIMARIO PRESSO L' OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO; DIRETTORE F. F. DELLA PIA CASA DEGLI ESPOSTI E DELLE PARTORIENTI A S. CATERINA ALLA RUOTA ; SOCIO DI VARIE ACCADEMIE NAZIONALI ED ESTERE.

1867.

VOLUME CLXXXXIX.

SERIE QUARTA. VOL. LXIII.

Gennajo, Febbrajo e Marzo 1867.

MILANO

PRESSO LA SOCIETÀ PER LA PUBBLICAZIONE DEGLI ANNALI UNIVERSALI DELLE SCIENZE E DELL' INDUSTRIA

Nella Galleria De-Cristoforis

1867.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Vol. CXCIX. — Fasc. 595. — Gennajo 1867.

La lebbra nell' isola di Creta; *del dott.* **P. BRUNELLI**. (*Continuazione della pag.* 559 *del vol.* 198, *fascicolo di dicembre* 1866 , *e Fine*).

Art. 7.° — *Trasmissibilità.*

Che la lebbra sia trasmissibile per eredità, non vi è alcuno che lo neghi; tanti sono e tanto marcati i casi di consanguineità fra lebbrosi, ch'è impossibile non attribuire alla maggior parte di loro un' origine ereditaria. Non è che la trasmissibilità per contagio che sia contrastata; ed infatti dal momento che la malattia è endemica, le prove relative al contagio cadranno sempre nel dubbio. Nel separare nella statistica i casi di diversa origine, trovai che fra i 292 lebbrosi, vi sono 105 casi di spontaneità, cioè che non riconoscono alcun parente lebbroso nè vicino nè lontano, nè mai hanno avuto convivenza precedente con individuo lebbroso; 2 casi sospetti di contagio per convivenza con individuo lebbroso non consanguineo; e 185 casi di eredità, dei quali 110 hanno parenti lebbrosi in linea diretta e laterale, e 75 soltanto laterale.

Osservazioni sul contagio. — I due casi qui notati nei lebbrosarj come sospetti, sono i seguenti: 1.° una donna sana di parenti sáni era venuta in lebbrosario con un figlio lebbroso; dopo qualche anno venne a raggiungerla il ma-

rito e più tardi anche due altri figli tutti e tre divenuti lerbrosi; in questo frattempo anche la donna divenne lebbrosa; essendo di data vecchia, essa non ha saputo precisarmi i suoi primi sintomi, nè quelli che a suo tempo sofferse il marito: 2.° un uomo sano di parenti sani, avendo sposato una donna sana, figlia di un lebbroso che più non esisteva, ebbe un figlio che divenne lebbroso: contemporaneamente al figlio o poco dopo divenne lebbroso egli stesso; nel figlio cominciò la malattia con caduta delle sopracciglia e gonfiezza alla faccia; nel padre cominciò con prurito, pustole in tutto il corpo ed insensibilità al dorso, insensibilità tale che non sentiva nemmeno le scarificazioni che numerose gli furono praticate in quella parte con rasojo. — A questi due casi ne aggiungerò altri due che mi furono raccontati nelle mie visite ai lebbrosarj: 3.° una figlia sana di generazione sana, per circostanze particolari, rifugiò al lebbrosario colla madre, la quale ivi sposò successivamente due lebbrosi che morirono; in questo frattempo la figlia pure divenne lebbrosa e morì, mentre la madre e due figli ora di 13 e 15 anni, nati dai due ultimi matrimonj, tutti e tre vivono sani nello stesso lebbrosario: 4.° un uomo di parenti sani prese moglie di parenti lebbrosi; questa divenne lebbrosa e dopo qualche mese fu divorziata ed inviata al lebbrosaro; tre mesi dopo il divorzio, il marito stesso divenne lebbroso, del quale non conobbi i primi fenomeni morbosi perchè rimasto nel villaggio; al momento del divorzio la moglie aveva ostruzione delle narici con croste interne e piaga alle ginocchia. Aggiungasi ancora per 5.° il primo caso di lebbra simulata da sifilide, già descritto a suo luogo, in cui il marito di parenti sani ebbe i primi sintomi nove mesi dopo lo sviluppo della malattia nel figlio e tre mesi dopo quello nella moglie di parenti lebbrosi (1).

---

(1) La particolare coincidenza di sviluppo della malattia in

Probabilmente vi saranno anche altri casi simili fra quelli che rimangono sparsi nei villaggi e che non sono a mia conoscenza; però per quante ricerche abbia fatto, non mi fu dato di trovarne altri. Esaminai particolarmente i matrimonj di due lebbrosi ed i vedovi, e mi assicurai che tutti erano già ammalati prima di sposarsi. Quindi è ben scarso il numero indicato. È ben vero che in fatto di contagio anche pochi casi ben constatati valgono per molti; ma come mai si può constatare il contagio in un paese ove la malattia si sviluppa spontanea con tanta frequenza?

Per la stessa ragione che si sviluppa primitivamente e spontaneamente in una casa od in un villaggio, può egualmente svilupparsi senza contagio anche là ove prima esisteva un lebbroso; è perciò che indicai questi casi soltanto come sospetti. Probabilmente i casi 2.° 4.° e 5.° sono più che sospetti, poichè gli stessi contagionisti difficilmente ammettono il contagio della lebbra nel suo primo sviluppo. Bisognerebbe che questi casi sospetti fossero almeno più numerosi dei casi di non contagio per meritare qualche valore.

Per avere prove sicure di contagio, bisognerebbe che questo venisse trasportato in un paese lontano e scevro affatto di lebbra; bisognerebbe che si potesse produrre un fatto simile a quello, tanto vantato dai contagionisti, della invasione della lebbra in Italia col mezzo delle truppe di Pompeo reduci dalla Siria e dall' Egitto ; ma nello stesso tempo bisognerebbe che fosse constatato che prima la lebbra non esisteva affatto e che dippoi si è

---

quella famiglia potrebbe far credere che, o si trattava di un resto di sifilide già curata coi mercuriali e quindi guarita dippoi senza ulteriore cura antisifilitica, oppure, se si trattava di lebbra, questa abbia dato prove di contagio. La mia pratica mi allontana da questa opinione, tanto più che altri membri rimasero illesi.

sviluppata anche in individui non discendenti dai nuovi venuti, poichè altrimenti l'eredità stessa potrebbe fare le veci del contagio (1).

---

(1) Il dott. De Cigalla nella sua eruditissima (« Dissertazione », « Dell'elefantiasi o lebbra greca », Annali Universali di medicina », gennajo 1865), riporta il preteso fatto pubblicato dalla « Gazette médicale d'Orient », N. 12, 1862, che avrebbe avuto luogo in quest'isola, cioè che — durante le discordie civili, i lebbrosi dei lebbrosarj, per fuggire il massacro che non risparmiava nessuno, essendosi rifugiati presso i montanari di Sfachià presso i quali era fino a quel tempo ignota la lebbra, successe che il numero dei lebbrosi si aumentò in proporzione straordinaria dopo lo spazio di due anni, la maggior parte dei quali apparteneva alla popolazione indigena della montagna stessa. — Ecco come un' idea preconcetta fa tornare a favore della propria opinione anche un fatto contrario ed impedisce di approfondirne la verità; ecco come vengono perpetuate le chimere tanto facili a prodursi nel popolo come fatti veri.

È ben vero che nel 1821, al principio della guerra dell' indipendenza della Grecia, gli ottomani delle città essendo in maggior numero, massacravano i greci i quali fuggivano per ritirarsi sulle più alte montagne; quindi anche i lebbrosi greci dei lebbrosarj di Retimo e di Canea unitamente ad altri fuggitivi effettivamente si rifugiarono nella montagna di Sfachià tutta affatto di cristiani allora in armi, e facile a difendersi; ecco lo straordinario numero di lebbrosi in quel paese. Fortunatamente quell'epoca non è molto lontana, quindi si possono trovare persone di 60 o 70 anni presso le quali ognuno potrebbe assicurarsi dell' inconcludenza di questo fatto adulterato dal volgo, fatto che incombe a me di rettificare, acciocchè non sia più riprodotto negli scritti scientifici.

Prima di tutto dirò che, supposto anche vero il fatto della non esistenza della lebbra nel distretto di Sfachià prima di quell' epoca, un medico indipendente avrebbe dovuto domandarsi come, un distretto come questo senza una muraglia della China che lo separi dai due distretti continui o contigui;

Vediamo ora i fatti di non contagio. I migliori argomenti in proposito trovansi nel lebbrosario di Candia;

---

i più lebbrosi dell'isola quali sono Selino da una parte (1 × 416) ed Ayvassili dall'altra nella provincia di Retimo (1 × 394), coi quali e con tutta una metà dell'isola si trova in giornaliero contatto per commercio, per matrimonj od altro, come è, dico, che un tal distretto sia rimasto immune di una tal malattia, se fosse contagiosa? Dunque l'immunità precedente di Sfachià sarebbe anzi una prova contraria al contagio, prova che dimostrerebbe invece la relativa salubrità del paese. Ma che il dott. De Cigalla si assicuri; la verità, se non è a favore della sua opinione, non è nemmeno contraria.

Nel 1863, quando mi occupava in ricerche su questa malattia, conosceva già il detto del volgo ed aveva letto l'articolo della « Gazette méd. » a questo proposito. Allora aveva notato nelle mie osservazioni del lebbrosario di Canea che solo 6 lebbrosi contava il distretto di Sfachià, tre dei quali hanno avuto genitori ed avi nativi di Sfachià, divenuti lebbrosi avanti quell'epoca nefasta; inoltre interrogai non il volgo ma dei vecchi capitani del popolo di quel paese ed un prete di 70 anni, i quali mi confermarono che anche nella loro gioventù hanno veduto casi di lebbra, sebben pochi, ed hanno sentito dire dai vecchi d'allora che la malattia ha sempre esistito in quella montagna; e non poteva essere altrimenti, poichè, sia la malattia contagiosa, sia semplicemente endemica od ereditaria, quella montagna non poteva restare immune. Trovata dunque la precedenza della malattia in quella montagna, il fatto del contagio è già scompaginato; vediamo il resto.

Sfachià prima di quell'epoca avrà avuto 6000 abitanti; secondo la proporzione che si trova tuttora, avrà avuto 4 lebbrosi inviati al lebbrosario. Ora sarebbe necessario di sapere se l'immigrazione dei lebbrosi produsse reale aumento, successiva invasione straordinaria della malattia sui sani, oppure se l'aumento fu un'illusione prodotta dalla straordinarietà stessa di un centinajo di questi, arrivati in sì piccolo distretto ove rimasero per varj anni durante la rivoluzione? Posto il primo

esso si compone di 143 case contenenti 452 persone; fra queste case ve ne sono 55, la maggior parte ottomane, nelle quali abitano 202 individui tutti sani. Nelle restanti

---

caso, l'aumento fu realmente in maggiorità presso gl'indigeni oppure in tutti gl'immigrati? Questo aumento non poteva esser attribuito ad altra causa che al contagio? Il volgo non si occupa di simili dettagli; egli aveva già dimenticato i suoi quattro lebbrosi, poi nessuno si diede la pena di numerare tanti nuovi ospiti lebbrosi, nè al momento dell'immigrazione, nè dopo due anni; nessuno più tardi fece il calcolo quanti furono gli indigeni, quanti gli estranei; tutti allora erano divenuti abitanti della montagna. Il volgo giudica in massa; per lui tutti erano indigeni; per lui prima non vi era malattia, poi vi fu in quantità, dunque vi fu contagio. Un medico invece che sa quanta influenza hanno le rivoluzioni e le guerre sui morbi popolari, e quanto ne ha lo spavento sullo sviluppo di questa malattia, potrebbe trovare la causa dell'aumento di questa, se aumento vi fu, appunto nel terrore di tanti fuggitivi incerti della loro sorte. Che la maggiorità dei lebbrosi fosse presso gl'indigeni, ho motivo di dubitarlo; ed è il fatto della scarsezza dei lebbrosi di quel distretto tuttora viventi (6 × 10,000). Supposto anche che tutti i lebbrosi d'allora siano morti, avrebbe dovuto rimanere un'eredità morbosa considerevole.

Come mai in soli 40 anni si è perduto tanto seminio morboso? D'altronde se si rimarca che anche al giorno d'oggi un lebbroso che va in cerca di elemosina nei villaggi trova bensì di che vivere, ma non trova alloggio in casa come se fosse un pestiferato, si può supporre che anche allora gl'immigrati lebbrosi saranno stati in qualche parte della montagna isolati dal contatto comune.

Che se nella Memoria presentata alla Società imperiale di medicina di Costantinopoli non rilevai questo errore della « Gazette médicale », è perchè la stessa non dava tanta importanza al suo asserto; nè l'avrei rilevato in questo scritto se gli « Annali Universali » non l'avessero riprodotto.

88 case vi sono altri 127 individui sani che vivono insieme con 123 lebbrosi. In questo lebbrosario vi è una scuola comune tenuta in casa di un lebbroso, ch'è il maestro stesso ove si riuniscono tutti i ragazzi tanto lebbrosi che sani. La stessa comunità si trova nella loro chiesa.

Le persone sane che vivono tuttora insieme o che hanno vissuto fino alla morte dei loro parenti lebbrosi sommano per tutti i lebbrosarj a 140, come esempi di non contagio (1).

Queste sono mogli, mariti, figli, fratelli, suoceri, generi, cognati, ecc., ed anche stranieri alla famiglia, nella gran parte dei quali la coabitazione data da 10, 20 e più anni; non hanno il più piccolo riguardo di contatto, medicano le piaghe dei lebbrosi, lavano i loro cenci imbevuti di materia purulenta, mangiano e dormono insieme a loro in angusti locali. Che se si tenesse conto delle persone sane vedovate dei loro parenti lebbrosi e partite per la campagna da poco tempo, non che di quelle rimaste sane in patria avanti che i loro parenti lebbrosi venissero esiliati, si troverebbero forse altrettante persone da raddoppiare il numero suddetto. Queste persone sane dei lebbrosarj si distinguono in 106 consanguinei e 34 non consanguinei. È ben vero che in molti fra i primi si svilupperà più tardi la malattia, come avviene in tutte le malattie ereditarie, ma ciò non contrasta il fatto presente di non contagio, a meno che non si volesse ammettere la strana idea dell' incubazione lunga di molti anni.

Qui alcuno potrebbe rimarcare che, per mancanza di reclusione dei lebbrosarj, questi sani che si trovano in commercio col popolo, quei parenti che vengono a visi-

---

(1) Il dott. De Cigalla (l. c.) riportando questa cifra ne adultera la spiegazione e ne delude il significato dicendo — in 140 casi le prove di contagio sono del tutto escluse — come se si trattasse di lebbrosi !?

tare i loro lebbrosi, sono quelli che trasportano la malattia nei villaggi. Ma anche i contagionisti concedono che, acciocchè abbia luogo il contagio, è necessaria la coabitazione e la lunga coabitazione coi lebbrosi stessi. Che se le mogli che vengono nel lebbrosario ad abbracciare i loro mariti non vengono affette, molto meno si può credere che altri vengano affetti da esse o da quelli che hanno contatto coi lebbrosi. Un' altra prova di non contagio si avrebbe presso gli ottomani: mentre i greci contagionisti esiliano i loro lebbrosi, o per lo meno li isolano nei villaggi in case appartate dall' abitato comune, invece gli ottomani fatalisti non fanno difficoltà a tenere i loro lebbrosi nella loro comunità, soltanto divorziano le mogli lebbrose, come lo fanno con facilità per qualunque altra malattia cronica od anche per capriccio; eppure, per questo fatalismo che fa pagare gli ottomani il più largo tributo alle malattie contagiose in genere, il numero dei lebbrosi ottomani è ben lungi dall'essere proporzionalmente maggiore a quello dei greci.

Confrontati adunque questi fatti tra loro e colle circostanze che li accompagnano, si sarebbe in diritto di credere che in quest'isola la lebbra non sia contagiosa.

Se si esamina questa malattia in altre parti di levante ove è rara, particolarmente sul continente, e se s'interroga l' opinione di quei popoli, si trova che non è riconosciuta per lebbra, bensì come una malattia cutanea qualunque non contagiosa, per cui, quanto è grande la tema del contagio nei paesi ove è frequente, altrettanto è l'indifferenza in quelli ove è rara.

Quindi non esistono lebbrosarj; ed i lebbrosi, tutta la loro vita, godono della stessa libertà e della stessa confidenza che i malati di altre malattie croniche cutanee; mentre sono temuti invece i malati di malattie croniche interne. Non pertanto in quei paesi ove dovrebbe aumentare prodigiosamente, la lebbra si mantiene sempre rara

e rarissima. In molti anni di dimora in Epiro non trovai che quattro lebbrosi in tutta quella grande provincia, ciascuno d'un villaggio differente, uno solo di città. Così è in quasi tutta la Romelia, in Anatolia ed in Siria, meno nella Palestina, ove invece sono numerosi, quantunque relegati in lebbrosarj.

Se si ricerca in altri tempi quando, pel terrore che produsse l'invasione della malattia in tutta l'Europa, vennero istituite leggi rigorose, forse anche tiranne, ed una quantità di lazzaretti, si trova che, malgrado queste misure, la lebbra si mantenne per secoli come si mantiene ancora in alcune contrade. Dunque l'istituzione di queste misure non prova il contagio, ma prova soltanto la credenza a questo; mentre la tardanza della scomparsa della malattia prova l'inefficacia delle misure stesse. Questa inefficacia era forse effetto dell'inosservanza delle leggi sanitarie? Chi potrebbe asserirlo positivamente? Anche ai nostri tempi, nei paesi ove domina, vediamo la stessa inefficacia, malgrado anche l'opinione pubblica che ha pure essa una grande forza d'isolamento; ed è perciò che il governo inglese nelle sue colonie tolse ogni misura restrittiva a questo riguardo. L'utilità dei lazzaretti e di altre analoghe leggi la vedremo più oltre; per ora basta constatare che non sono sufficienti all'estirpazione della lebbra, e che la scomparsa tardiva della malattia da quasi tutti i paesi d'Europa deve aver avuto qualche causa più plausibile, forse il progresso della civilizzazione, forse le mutate influenze climatiche. La scomparsa di altre malattie endemiche od epidemiche, la rarità della lebbra nelle città e la frequenza nella campagna, potrebbero servire di esempj.

I contagionisti egualmente che non i contagionisti credono di trovare nella Bibbia un appoggio alla loro opinione; i primi rimarcano che gli ebrei sequestravano i lebbrosi prima che fossero giudicati dal sacerdote, i secondi rimarcano che dopo il giudizio i lebbrosi venivano

messi in libertà. Ma questa libertà non era invero assoluta, poichè erano condannati ad avere — la faccia coperta, le vesti scucite e gridare: sono impuro!!! — Ciocchè, visto il rigore degli ebrei nell' osservanza delle leggi, equivaleva ad un isolamento. La credenza dunque di quei tempi era per il contagio. Ma qual peso si può dare all' opinione di quei tempi, se vediamo tuttora nel popolo ignorante la stessa credenza per qualunque cronica malattia? Una malattia così ributtante, che si sviluppa con tanta frequenza e si riproduce nella stessa famiglia, non doveva indurre tale credenza?

Dopo tutto ciò, malgrado la conclusione per il non contagio che si potrebbe dedurre dai fatti di quest'isola, visti i fatti di contagio denunziato da medici rispettabili, visto che la dottrina del contagio in generale è ben lungi dall'aver detto la sua ultima parola, credo che siano necessarie ulteriori pazienti osservazioni, e che un giudizio assoluto a questo riguardo per tutti i casi, per tutte le epoche e per tutti i paesi, sia troppo azzardato.

Osservazioni sull'eredità. — Che la lebbra sia ereditaria, lo provano i frequenti casi di sviluppo fra consanguinei, i quali, come abbiamo veduto, sommano a circa due terzi del numero totale dei lebbrosi; lo provano particolarmente quei casi che si sviluppano fra gli stessi, malgrado che siano da lunghi anni separati fra loro di famiglia ed anche di villaggio. Per questa circostanza, e vista la rarità dei casi di sviluppo nei coabitanti non consanguinei, non si saprebbe ammettere l'opinione di qualche scrittore, che, cioè, questi casi fra consanguinei abbiano per causa il contagio piuttosto che l' eredità. Come in tutte le malattie ereditarie, vediamo nella lebbra gli stessi capricci della natura; si sviluppa talvolta nel figlio molti anni prima che nel padre, oppure in due o tre fratelli, senza che nè i loro genitori, nè i loro avi siano stati affetti; colpisce una famiglia di cinque o sei persone, lasciandone una sol-

tanto illesa, o viceversa; affetta uno zio ed un nipote soltanto, salta una generazione, ecc. Si deve ammettere però che la stessa endemicità della malattia, come è causa originaria del suo sviluppo spontaneo, così anche influisca allo sviluppo di questi casi, particolarmente negli individui di postuma generazione, e di linea laterale.

È importante a sapersi che nella trasmissione della malattia da un parente all'altro non è costante la riproduzione della stessa forma; soventi occorre di trovare nella stessa famiglia forme differenti e forme composte.

Dalla statistica risulta che, fra i 110 casi di eredità in linea diretta, 52 hanno origine dal padre, 23 dalla madre e 35 da ambi i genitori. Sembrerebbe che la madre avesse meno influenza del padre a lasciare sì trista eredità. Ma ciò è un'illusione proveniente dalla difficoltà maggiore che ha la donna lebbrosa di sposarsi e dalla facilità maggiore ad esser divorziata quando viene affetta dopo il matrimonio, e più ancora dall'esser minore il numero delle femmine affette. — Sembrerebbe che la donna possa trasmettere la malattia anche col proprio latte. Mi fu raccontato il seguente fatto che ho motivo di credere veridico: una donna straniera, di paese sano e senza alcuna parentela lebbrosa, arrivata nell'isola, non potendo allattare il proprio figlio, prese a balia una donna di campagna; dopo due anni il figlio della balia divenne lebbroso, dopo quattro anni il figlio straniero, quantunque separato, e più tardi la balia stessa ebbero la egual sorte. Resta però il sospetto che il figlio straniero avesse potuto, in quattro anni di dimora nell'isola, acquistarne la disposizione, anche indipendentemente dall'allattamento.

Art. 8.° — *Profilassi e terapia.*

Prima di entrare in questi argomenti, giova dare una occhiata al movimento annuale dei lebbrosarj. Abbiamo

detto che i lebbrosi di questi locali sommano a 292 ; dalle mie ricerche risulta che da 15 anni in poi ne muojono in media 15 all'anno, cioè circa $^{5}/_{100}$, e ne arrivano 21; per conseguenza ne rimangono sei in aumento progressivo. Sarebbe desolante questo progresso, se non si tenesse conto dell' aumento progressivo della popolazione. Come abbiamo calcolato che vi sia un lebbroso in 750 abitanti, basterebbe che la popolazione, ch' è di 300 mila abitanti, aumentasse di 4500 all' anno acciocchè tale progresso perda d' importanza. Ma anche la stazionarietà della malattia in proporzione così considerevole costituisce un fatto che dovrebbe interessare il popolo ed il governo nella ricerca dei mezzi capaci di minorarne lo sviluppo.

La conoscenza delle cause occasionali, relativamente a questo paese, e della trasmissione della malattia per eredità, renderebbe facile l'indicazione dei soccorsi profilattici; ma nella condizione attuale degli abitanti e del governo, non sarebbe egualmente facile la pratica degli stessi. Diffatti un popolo come questo superstizioso e testereccio, difficilmente abbandona le inveterate false credenze e le prave abitudini per seguire i saggi consigli della scienza e la per lui oscura ed incomprensibile filiera delle cose dell' arte che non offre il prestigio dei miracoli. D' altronde un governo come l' ottomano, passivo e senza iniziativa sui pubblici interessi, obbligato talvolta a patteggiare cogli abusi, non potrà mai introdurre leggi a questo riguardo, colla certezza che vengano eseguite contro il volere del popolo. Sarebbe inutile riandare le cause occasionali che dovrebbero esser evitate; esse risultano evidenti dall'etiologia; sono d'ordinario le cause morbose in genere, le quali non possono esser diminuite o tolte che dalla civilizzazione. Evitate queste cause, la lebbra tanto spontanea, quanto ereditaria, probabilmente potrebbe diminuire. Ma il più efficace mezzo a diminuire la malattia sarebbe l' allontanare per

quanto sia possibile tutte le circostanze che servono a favorire il matrimonio dei lebbrosi fra loro o con persone sane.

Sappiamo che in questi lebbrosarj si trovano uniti individui malati e sani, maschi e femmine; il giornaliero loro contatto è un forte incentivo al matrimonio anche fra malati e sani, quindi o presto o tardi tutti finiscono per sposarsi anche più volte nel corso della loro vita. Dei figli nati da questi matrimonj, alcuni dei maschi che restano sani vengono spediti ben presto nei villaggi presso i loro parenti; le femmine sane vengono allontanate soltanto nel caso rarissimo che qualcuno di fuori le cerchi in matrimonio. Così alcuni restano per sempre nei lebbrosarj a perpetuare la malattia, altri sortono per procreare individui che diverranno più tardi lebbrosi. Questi lebbrosarj dunque, oltre ad essere esempj di barbarie ed oggetti di ripugnanza al pubblico, sono veri semenzaj di lebbra.

In faccia di sì orribile stato di cose ed in vista dello scopo suddetto, risulta evidente l' utilità dei lazzaretti nei quali vi sia rigorosa separazione dei sessi, coi soccorsi necessarj a spese del pubblico erario. In questi lazzaretti dovrebbero esser introdotti tutti i nuovi lebbrosi poveri e tutti i lebbrosi vedovi o nubili dei lebbrosarj, mentre tutte le persone sane di questi dovrebbero esser espulse. In tal modo i lebbrosi troverebbero una minor triste posizione, il medico potrebbe render utile il suo servizio all' umanità ed alla scienza; e si verrebbe col tempo alla completa soppressione degli attuali lebbrosarj. Nello stesso tempo si dovrebbe impedire l' espulsione dalla propria casa e dai proprj villaggi di tutti i lebbrosi che hanno mezzi da vivere; così divisi, i lebbrosi non avrebbero occasioni di sposarsi; e la facilità che offrono al divorzio i riti orientali diminuirebbe la procreazione di figli infetti. D' altronde, anche nella supposizione che

la malattia sia contagiosa, da una parte la ripugnanza ch' essi destano e la tema del contagio, sufficienti, come nei tempi ebraici, per rendere spontaneo l' isolamento, dall' altra la rarità di casi sospetti di contagio, come abbiamo veduto nei lebbrosarj, sarebbero garanzie del vantagio che potrebbe produrre, sulla diminuzione della malattia, la dispersione dei lebbrosi in confronto della loro riunione come al presente nei lebbrosarj.

Quanto alla terapia, ognuno può immaginare quale riuscita può avere in una malattia cronica come questa, nella posizione in cui si trovano i lebbrosi in questi lebbrosarj, ed in un paese ove il popolo di qualunque classe, non facendo differenza tra il medico, l' empirico ed il sacerdote, abbandona la cura che non è seguita da una pronta guarigione. Mi limito dunque a poche osservazioni.

La medicina volgare praticata dagli empirici, quella che i malati stessi ricercano nei primordj della malattia, perchè trovata proficua, consiste nel salasso ripetuto due o tre volte all' anno; nei purganti, nell' uso continuato di certe radici e di erbe nelle quali non trovai alcun valore particolare; e, per alcuni, nella dieta austera di pane, miele ed acqua per più mesi. Con questi mezzi, quelli che hanno cura alla loro salute ottengono di far svanire temporariamente i primi sintomi e di ritardare di molti anni lo sviluppo permanente della malattia.

Quanto a me, non ebbi occasione di trattare alcun individuo soggetto alla 1.ª forma, poichè in generale le persone affette da questa se ne accorgono ben tardi, attribuendo tutti i primi sintomi a cause accidentali o soprannaturali, quindi o non si curano, o ricorrono all' esorcismo od a qualche empirico chirurgo, ignaro lui stesso della natura del male. Perciò questi malati vengono tollerati più a lungo nei proprj villaggi e solo quando le mani sono divenute mostruose vengono inviati al lebbro-

sario, ove qualunque trattamento è impossibile. In questa forma avrei voluto esperimentare il sale arseno-stricnico. Ebbi però occasione di trattare molti individui affetti di forma ipertrofica, tanto nei primordj quanto nello stadio di permanenza, individui che quand' anche condannati, trovano mezzi per deludere e prorogare la condanna. Nel primo sviluppo trovai che il metodo antiflogistico e minorativo spesso è sufficiente per produrre effetti benefici e pronti, particolarmente quando la malattia fece il suo ingresso colla febbre o semplicemente con forte impulso cardiaco-vascolare. In tal modo si può far scomparire in 10 o 15 giorni qualunque esterna manifestazione, l' individuo riprende le forze e non rimane che il sospetto della recidiva in un tempo indeterminato. Quando poi la malattia si trova nei primi anni dello stadio di permanenza, dopo che il detto metodo ha sufficientemente abbattuto quel certo grado d' acutezza dei sintomi e diminuito lo stato congestivo, trovai utile aggiungervi alternativamente, o l'acido arsenioso, oppure il joduro di potassio, secondo la tolleranza dell' individuo; dico tolleranza, non solo riguardo al tubo gastro-enterico, ma anche riguardo al generale, poichè trovai individui nei quali, p. e., l' acido arsenioso aumentava i dolori ai membri, mentre il joduro li calmava, e viceversa. Ecco la prescrizione che feci ai malati in questa ultima condizione: digitale 50 o 75 centigrammi con un grammo di rabarbaro o con salsapariglia in decotto da prendersi in più riprese nelle 24 ore. Nel giorno seguente, due centigr. di acido arsenioso con pochi grani di carbonato di potassa, oppure un grammo di joduro di potassio in soluzione, e così di seguito alternativamente per tre o quattro mesi, lasciando frammezzo tanti giorni di riposo quanti di presa di medicamenti, variando secondo le circostanze, cioè, c sospendendo per alcuni giorni la digitale, o aggiungendo il salasso o qualche altro medicamento indicato dai

sintomi, come nelle comuni malattie. Nello stesso tempo, vesti di lana, evitare le cause occasionali già conosciute, dieta leggera, astinenza rigorosa dalla carne, dal vino, dai cibi aromatizzati e di difficile digestione, bagni tepidi d' acqua semplice o solforosa o con piccola quantità di calce viva, oppure bagni di mare secondo la stagione e coi dovuti riguardi. D' ordinario giova prima continuare per qualche tempo il trattamento interno, poi far precedere i bagni tepidi ai freddi.

Qui mi avveggo di non esser d' accordo col maggior numero dei medici, i quali, considerando in questa malattia più che ogni altra cosa la dissoluzione del sangue e l' impoverimento dei globuli, prescrivono un regime eccitante e corroborante, coll'intenzione di supplire alla mancanza dell' eccitamento necessario per l' attività dei tessuti e degli organi ai quali il sangue è incaricato di provvedere; prescrizione analoga a quella della pepsina nella dispepsia. Ma siccome sappiamo che la varia qualità del sangue dipende dalla varia condizione della lunga filiera degli organi sanguificatori, i quali pure dipendono da altre influenze organiche più generali, siamo forse sicuri che il regime corroborante non aggraverà direttamente od indirettamente la condizione morbosa di questi organi, quindi anche la causa della cattiva qualità del sangue? D' altronde nulla prova che l' origine di questa malattia provenga da difetto delle ordinarie sostanze analettiche; forse anzi vi sono prove contrarie; malgrado ciò, il lebbroso viene colto ben presto da una debolezza straordinaria. Di più, cosa insegna la pratica? Notai già il vantaggio che ottengono gli empirici colla dieta austera, col salasso e coi purganti. Io stesso fui a consulto per un monaco lebbroso in principio di malattia; il medico curante accettò la mia opinione sui medicamenti, ma non acconsentì nè sul salasso, nè sulla dieta; al contrario volle che facesse uso di carne arrostita e di vino più

che di altre sostanze, regime ch' era già del gusto e dell' abitudine del monaco. Dopo molto tempo, non vedendo alcuna utilità da queste prescrizioni, il malato sentì il consiglio d'altro medico, il quale presso a poco continuò nello stesso metodo. In due anni di cura non ebbe alcun vantaggio, nemmeno temporario, anzi ebbe tanto aggravamento dei sintomi, che fu separato dalla comunità del monastero ed interdetto dalle funzioni ecclesiastiche. Allora fu che volle seguire esclusivamente il mio consiglio; era in primavera. In tre mesi di cura ebbe tanto vantaggio che fu riabilitato nella comunità, non gli era rimasto che il difetto delle sopracciglia. Avendo ripreso le forze e l'aspetto naturale, si credeva guarito, e ritornò a poco a poco al vitto generoso di prima. Malgrado ciò, stette perfettamente bene fino all' estate dell' anno seguente, in cui lo vidi e potei constatare il vantaggio ottenuto. Se non che lo sviluppo recente di due bottoni rossi e lucidi, l'uno ad una regione sopraccigliare, l'altro al dorso della mano dello stesso lato, dimostrava la persistenza della morbosa disposizione. Molti altri casi vidi nei quali solo il vitto generoso faceva ostacolo alla cura, ed i malati stessi s'accorgevano che, lungi dal donare le forze, questo vitto diminuiva la tolleranza dello stomaco ai medicamenti.

Con questo trattamento ottenni dunque in molti casi di far scomparire tutti i sintomi, e tanto più presto quanto più i malati erano intelligenti e quanto minore era la data della malattia. Ma non posso dire egualmente che il vantaggio ottenuto sia stato radicale, poichè trattandosi di una malattia che può stare latente per molti anni, in un paese ove si sviluppa spontanea, ed in persone che cessano ogni riguardo appena ottenuto il vantaggio, che anzi la provocano con qualche abuso per esperimentare se ancora esiste nascosta, non si può mai aver sicurezza. D' altronde la maggior parte delle per-

sone, appena ottenuto il vantaggio, si perde di vista, e perciò non si può sapuere se tutti abbiano recidivato. Per me intanto ho la speranza, direi anche la certezza, che questo trattamento, cominciato anche quando la malattia trovasi nei primi anni di permanenza, ed usato con prudenza e con reiterata perseveranza, potrebbe almeno diminuire o togliere le gravi sofferenze, impedire i guasti e le deformità, e far cessare, a questo riguardo, le cause di morte prematura.

Diffatti ebbi occasione di protrarre a lungo il trattamento in due casi di elefantiasi dei greci nello stadio di permanenza, che datano nell'uno da 6, e nell'altro da 7 anni. Il primo continuò la cura, con intervalli di mesi ed anche d'un anno, durante 10 anni sotto la mia osservazione immediata, e durante altri 10 anni per corrispondenza (trovasi in Epiro). In questo caso il joduro non fu mai tollerato, nemmeno a piccole dosi. Ora la sua malattia data da 26 anni, per eredità (la sua madre morì della stessa in pochi anni prima ch'egli divenisse malato), e malgrado che continui di tanto in tanto lo sviluppo temporario di qualche sintomo, egli trovasi in uno stato soddisfacente, senza deformità, senza piaghe, senza dolori, ed attende ai proprj affari. È credibile dunque che questo individuo, coll'intelligenza che possiede e colla cura che ha a sè stesso, non perderà per questa malattia il diritto comune alla durata della vita dell'uomo. — Il 2.° caso era molto più grave, pure per eredità; fu sotto la mia cura per tre anni, poi, avendo egli cangiato di paese in uno stato soddisfacente, lo perdei di vista. Ma già dopo i primi tre mesi di cura sembrava guarito; se non che, negl'intervalli di tregua dei medicamenti e dietro qualche causa, lo sviluppo di qualche fenomeno sospetto e la permanenza della cotenna nel sangue che di tempo in tempo esaminava anche quando l'individuo si trovava in istato di benessere, mi facevano

credere alla permanenza occulta della malattia, ma non mi toglievano la speranza di poterla mantenere in quei limiti. Seppi più tardi ch' ebbe grave recidiva e che si abbandonò al destino; è un ottomano. Varj altri casi simili potrei aggiungere, ma di breve trattamento, e sempre con più o meno pronto successo, almeno temporario. In questi casi il solo trattamento interno non è sufficiente a sciogliere le ipertrofie ed i tubercoli di vecchia data; ciò non si ottiene meglio che col farli suppurare mediante il vescicante ed il cataplasma ammolliente ripetuti secondo il bisogno, ed in fine coll' applicazione di una soluzione più o meno concentrata di solfato di zinco. Sulle piaghe usai una soluzione arsenicale (1 grano in 4 oncie d' acqua) con molta precauzione, oppure una soluzione di pietra infernale (1 grano in un' oncia).

Non andrò più oltre in questo articolo, nè sugli indicati medicamenti, nè sopra altri che pur trovai utili, poichè la mia pratica non fu abbastanza estesa e abbastanza controllata dal tempo. Ognun vede che più che in ogni altra malattia sarebbe necessaria la pratica negli ospitali e la lunghissima pratica. D' altronde ognun conosce la sorte della massima parte dei medicamenti nella maggioranza delle malattie: riuscita nelle mani di un medico, fallita nelle mani dell' altro, nello stesso od in altro paese; e ciò anche indipendentemente dalla prevenzione che alcuno potrebbe avere contro le novità, causa frequente del discredito dei medicamenti.

Art. 9.° — *Considerazioni nosologiche* (1).

Dietro quanto abbiamo veduto nei precedenti articoli, crediamo già che l' unità di essenza della malattia nelle

---

(1) Prima di entrare in questo argomento sarebbero state necessarie delle sezioni cadaveriche, delle operazioni chimico-

indicate forme, malgrado la loro differente apparenza, sia ben ocmprovata dalla comunità di certi fenomeni interni

---

organiche e delle osservazioni microscopiche. Acciocchè la mancanza di queste investigazioni non ci sia attribuita a negligenza, dobbiamo far conoscere qual sia la possibilità di fare delle autopsie in levante e particolarmente in quest'isola. Nell'impero ottomano la venerazione per i morti essendo oltremodo esagerata, anche negli ospitali dei paesi i meno superstiziosi, la sezione cadaverica degli ottomani è affatto proibita, a meno che non sia ordinata dall' autorità per affare criminale; e per quella dei greci vi sarebbe la libertà di domandarne il permesso ai parenti, ma non la probabilità di ottenerlo. Non è che in qualche ospitale europeo che l' autopsia sia permessa. In quest' isola poi non vi è che un solo ospitale, precisamente nella città di Canea, destinato per i greci e per gli ottomani, d' ordinario quasi deserto per la ripugnanza dei malati; però i lebbrosi non possono in niun modo entrarvi. Questi in numero di 50 circa fra ottomani e greci sono relegati fuori della città ed hanno due o tre morti all' anno, d' ordinario d' inverno, i quali vengono portati direttamente al cimitero ed interrati dai loro compagni, nessun altro essendovi che osi avvicinarsi. Soltanto per l'autopsia dei greci si potrebbe avere un permesso dagli Efori della chiesa, permesso verbale tanto facile ad ottenersi quanto a venire deluso, secondo il sistema orientale. Ma supposto anche che qualche medico privilegiato possa riuscire a mettere questo permesso in esecuzione, egli dovrebbe stare in sentinella per cogliere la rara occasione di un decesso, egli stesso dovrebbe disotterrare il cadavere e là sul campo farne alla spicciolata la sezione. In appoggio a questa realtà leggasi nella « Gaz. méd. d'Orient », N.° 10, 1862, l'articolo *Considérations sur la lèpre*, ove l'onorevole Autore, membro effettivo della Società imp. di medicina di Costantinopoli, riportando un'autopsia fatta da lui in questo paese, dice: « l'examen des organes internes n'a pas été aussi complet que nous l'aurions désiré, à cause de la répugnance de mes assistants et de la permission douteuse que j'avais ob-

ed esterni, dall' associazione di certi fenomeni speciali delle varie forme nello stesso individuo, dalla metamorfosi del-

---

tenue de faire cette autopsie, en plein air, dans le cimetière de St. Luc à la Canée. La poitrine, y compris le larynx et l'abdomen sont les deux seules cavités que nous avons pu examiner »; ed ove, dopo aver dato una descrizione superficiale di queste due cavità invase da tubercoli e contenenti degli ascessi, finisce: « l'examen des centres nerveux, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et surtout celui des altérations du système osseux et articulaire, aurait sans doute fourni des détails anatomo-pathologiques très-intéressants; malheureusement, j'ai du hâter ma besogne, car malgré tout le secret dont j'avais voulu environner mes recherches, j'étais dévenu un objet de dégoût chez mes connaissances, qui tremblaient en outre de me voir tomber victime d'une imprudente curiosité ». Chi negasse fino al giorno d'oggi questa difficoltà, mostrerebbe o di esser male informato, o di trovare sufficiente una simile autopsia.

Qualche dubbio in proposito potrebbe indurre il rapporto della Commissione sulla mia Memoria, citato in nota alla prima pagina di questo scritto, ove leggesi alla 1.ª colonna, pag. 9, della *Gazette* « notre Auteur se retranchant derrière l'impossibilité des nécroscopies praticables en Orient, remplace ce point du programme par quelques refléxions sur les conditions pathologiques de la lépre .... La Société en formulant le programme, a spécialement insisté sur ce point, dès que il y avait possibilité de le satisfaire; or, d'après les renseignements recueillis par votre Commission, cette impossibilité n'existe pas précisément en Crète qui, à cet égard, est un des pays les plus avancés de l'empire ». Sapendo che il relatore è lo stesso autore dell' articolo sopracitato, un lettore un pò malizioso ed ignaro a questo riguardo dello stato di cose in Turchia, troverebbe che in questo punto egli diede una smentita a me ed al suo proprio articolo. Però io non sono dello stesso avviso, poichè in stretto senso tale impossibilità qui non esiste (ne abbiamo riportato la prova); mentre nella stessa capitale dell'impero egli non avrebbe potuto fare sopra un greco nè sopra

l' una nell'altra, dalla loro comunità di origine nei casi di eredità. Vista questa comunità di essenza, dobbiamo stabilire in principio che la loro diversità d'apparenza proviene soltanto dalla diversità degli organi e dei tessuti che la malattia maggiormente affetta. Nullostante dobbiamo pur convenire che non vi è malattia più stravagante di questa sotto tutti i rapporti.

Esaminata nel suo complesso, vediamo una manifestazione morbosa esterna che nella maggior parte dei casi assorbe tutta l'attenzione del medico; però abbiamo notato ch'esiste nello stesso tempo un processo morboso interno più o meno manifesto, malgrado l'apparenza di salute generale che in molti si osserva, particolarmente nei primi anni; processo che in una gran parte dei casi

---

un ottomano l'autopsia che fece in questo paese, essendochè la stessa scuola di anatomia mancherebbe affatto di cadaveri se non vi venisse portato qualche raro schiavo (considerato un bruto) morto in qualche raro ospitale ottomano. Questo paese dunque sarebbe relativamente più avanzato! Se non che, come abbiamo detto, ogni medico qui non può avere tale privilegio, e quand'anche l'avesse, ognun vede che, per tale variata malattia, il vero utile scientifico non si può ottenere così furtivamente — en plain air dans le cimetière — bensì negli ospitali, con tutti i mezzi d'investigazione, in buon numero di casi, dietro la conoscenza dei sintomi subbiettivi prima della morte e confrontando i risultati ottenuti con quelli che si ottengono da altre malattie. È in questo modo che il medico acquista quella specialità indispensabile allo scopo scientifico, specialità, a dir vero, rarissima in levante. Finchè dunque i lebbrosi si trovano in tali condizioni, e finchè esiste la superstizione che impedisce di metter mano ai morti come a cosa sacra, poichè non possono andare in paradiso se il loro corpo non è intatto, ogni tentativo in proposito, che non avrebbe che dei risultati già da tutti conosciuti, non potrebbe essere che una vanità di fare — beaucoup de bruit et peu de bésogne. —

si rende palese prima di qualunque esterna manifestazione, e che anzi in molti casi ed in molte circostanze supera in proporzione il processo morboso esterno. Esaminata nel suo particolare sviluppo, si trova che i suoi fenomeni sono sì complicati nei varj individui, sì incostante ed irregolare la loro successione, che, nell'infinita varietà di forme che ne risulta, il medico, colle attuali nozioni scientifiche, si trova imbarazzato nella ricerca del filo che conduca alla conoscenza dell'originaria condizione patologica e dei successivi prodotti morbosi in tutti i differenti casi. Frattanto abbiamo potuto sceverare due tipi di forme attorno le quali tutte le altre s'aggirano; tipi che temporariamente e definitivamente si distinguono per la diversità di un certo numero di fenomeni speciali, per la tendenza che hanno gli stessi ad associarsi più presto tra loro con meno irregolarità di successione, e per lo sviluppo maggiore che prendono nella stessa associazione. Dietro questa distinzione, ci permettiamo alcune superficiali considerazioni nosologiche, e perciò faremo un riepilogo dei fenomeni più frequenti.

Nel distinguere la malattia in due forme principali, in lebbra atrofica ed in lebbra ipertrofica, abbiamo veduto che o presto o tardi ognuna ha dei fenomeni comuni ad ambedue, e dei fenomeni speciali che distinguono l'una dall'altra. Fra i fenomeni comuni nel processo morboso interno abbiamo: abbattimento fisico e morale, in alcuni preceduto da eccitamento generale, vivi desiderj, irascibilità, senso di freddo e di tremolìo, vertigini, palpitazione di cuore, suscettività alle variazioni atmosferiche, proclività ai reumatismi, alle febbri reumatiche ed intermittenti, debolezza virile, sangue torbido disciolto con abbondanza di fibrina coagulabile. — Nel processo morboso esterno abbiamo: fotofobia, occhi lucenti, pupilla torpida od immobile e ristretta, avversione allo strepito, intormentimenti parziali, iperestesia o torpidezza del

tatto, formicolio, anestesia limitata a quasi tutte le produzioni morbose della cute, macchie, erpeti, vesciche spontanee, croste nere aderenti, irritabilità e facili lesioni di continuità per cause esterne.

Abbiamo veduto che in ciascuna forma i fenomeni speciali esterni che la distinguono vanno accompagnati da certi fenomeni interni egualmente differenti da quelli dell'altra. Fra i fenomeni speciali della 1.ª forma nel processo morboso interno abbiamo particolarmente: dolori di ogni specie al collo, al dorso, ai lombi, agli arti, polsi piccoli e frequenti in principio, poi tardi, debolezza d'impulso od anche confusione nei battiti del cuore, orina spesso sanguigna, in fine senso di sfinimento, delirio tranquillo e spasmi. — Nel processo morboso esterno abbiamo: anestesia estesa, tattile e dolorifica, retrazione dei tendini e dei tessuti cutanei, atrofia, paralisi del moto, perdita delle estremità, calor cutaneo diminuito. L'insieme di questi due processi imprime alla persona, in tempo relativamente breve, l'aspetto miserabile d'una stentata vecchiaja.

Fra i fenomeni speciali della 2.ª forma, abbiamo nel processo morboso interno: pesantezza del capo e di tutto il corpo, ardore interno e sete, polsi pieni, piuttosto frequenti, battiti delle carotidi e dell'arco dell'aorta visibili, impulso forte del cuore con battiti ottusi, in alcuni con sintomi d'ipertrofia dello stesso o delle valvole, orina spesso giumentosa, proclività alle affezioni infiammatorie polmonali o gastro-enteriche, in fine fenomeni apopletici. — Nel processo morboso esterno, espansione, turgescenza ed ipertrofia della cute e di certi organi cutanei o del cellulare sottocutaneo, ulceri e piaghe estese, calor cutaneo aumentato. Per tutto ciò la persona offre ben presto l'aspetto di un'esagerata nutrizione.

Così compendiata la sintomatologia e tenuto conto del modo di svilupparsi dei sintomi, non che dell'in-

fluenza delle cause, si potrebbero fare le seguenti osservazioni:

1.° Confrontando lo sviluppo del processo morboso interno con quello esterno nell'esordio della malattia e nelle sue successive evoluzioni, si trova una manifesta relazione come di causa ad effetto. Diffatti abbiamo rimarcato che nella maggior parte degli individui i sintomi esterni sono preceduti da sintomi generali ed interni, oppure da una malattia più o meno acuta, e che soltanto in un minor numero la precedenza di questi fenomeni non è abbastanza palese. Ma siccome nel decorso della malattia questi si rendono ben presto più o meno manifesti in tutti, e siccome nel caso di esacerbazione esterna precede sempre un'esacerbazione interna, così si può supporre che per lo meno la predisposizione interna esista in tutti prima dello sviluppo esterno. Quindi il processo morboso interno, latente o manifesto, sarebbe la causa originaria delle esterne manifestazioni.

2.° Se non che, esaminate queste manifestazioni e considerata l'influenza delle cause che agiscono sulle località esterne, si direbbe che, per quella vita speciale che possiedono ogni tessuto ed organo, il processo morboso esterno assuma in certo modo un'apparenza idiopatica. Diffatti si trova che la maggior parte dei sintomi, malgrado l'enorme sviluppo che riceve, ha dei limiti più o meno circoscritti. Veggansi, per esempio, i sintomi attribuibili ai nervi; essi sembrano affezioni parziali delle estremità capillari procedenti dalla periferìa al centro: l'anestesia tattile, prima è circoscritta ad un tratto di cute, ad un dito, al lato esterno dei membri, a certe macchie, a certi tumoretti, poi si estende lasciando talvolta sensibile qualche isola di cute; alla faccia non sono affetti tutti i rami del V.°, poichè non solo tutta la mucosa della bocca, delle gingive e delle narici, ch'è innervata dallo stesso, è sempre sensibile, ma anche molte regioni della faccia restano

più o meno sensibili per molti anni. Nella paralisi del moto non sono paralitici tutti i muscoli innervati del faciale, ma alcuni più, altri meno, altri giammai; così pure dei muscoli che sono mossi dal III.° non si paralizza che l'elevatore della palpebra superiore, giammai lo sfintere dell'iride nè i tre retti che sono innervati dallo stesso; alle estremità si paralizzano soltanto i muscoli che muovono le mani ed i piedi dal lato dorsale, non dal lato opposto. Egualmente idiopatiche sembrano le alterazioni di nutrizione costituite da atrofia ed ipertrofia, le quali si trovano limitate a certe località. Così dicasi della retrazione dei tendini, della perdita delle dita e di tanti altri fenomeni, alla produzione dei quali si rende manifesta anche l'azione immediata delle cause esterne. Perciò fino ad un certo punto non è tutto affatto a torto che la lebbra sia stata sempre posta fra le malattie cutanee. Si dovrebbe dunque considerare la malattia composta di due stati patologici, l'uno interno originario, l'altro esterno secondario.

3.° Vista la natura dei fenomeni comune alle due forme, e degli speciali di ciascheduna, vista la relazione degli interni cogli esterni in ognuna, si direbbe che, qualunque sia la causa originaria della malattia, qualunque sia il processo morboso latente che s'istituisce, questi affetti particolarmente il sistema dei nervi spinali ed il cardiaco-vascolare, in varia proporzione ed in vario modo nei varj individui; che, per quegli oscuri motivi pei quali certe affezioni dei grandi sistemi organici che si distribuiscono in tutto il corpo, si rendono più presto palesi a certe loro estremità capillari, anche in questo caso i capillari di questi due sistemi imprimano ai tessuti sui quali si distribuiscono una suscettività maggiore all'azione di certe cause; quindi le parti che sono più disposte e più esposte a sentire l'impressione di queste cause divengono prima le sedi delle manifestazioni morbose più appariscen-

ti. Con ciò si spiegherebbe forse uno dei motivi di predilezione della malattia per la faccia e per le estremità, e spesso per le prime vie aeree. Dunque il processo morboso interno originato da causa incognita sarebbe influenzato da cause che agiscono internamente sui due indicati sistemi; mentre l'esterno originato dall'affezione di questi, sarebbe influenzato tanto dalle stesse cause che agiscono internamente rendendo più suscettibili le località esterne, quanto da quelle che portano la loro azione diretta sulle stesse località. Diffatti abbiamo veduto quanta influenza hanno le forti commozioni ed i patemi d'animo, gli squilibrj atmosferici, i venti siroccali ed in genere le cause reumatizzanti, come pure il sole, l'aria fredda, le contusioni, le scottature anche leggiere, ecc. Forse la differenza di azione di queste cause sull'interno o sull'esterno, è uno de motivi per cui in certi casi si trova una sproporzione di gravità tra i sintomi interni e gli esterni.

4.° Così supposta l'affezione dei due indicati sistemi organici, e considerata la varietà delle forme morbose da essa risultanti, si direbbe che, secondo che la sua gravità è maggiore nel primo sistema o nel secondo, si sviluppi la 1.ª o 2.ª forma; quindi, secondo che la sua gravità è mobile da un sistema all'altro od è più o meno contemporanea in ambedue, ne risulta la metamorfosi della forma o lo sviluppo più o meno complesso della malattia nello stesso individuo. Con ciò si potrebbe spiegare la longevità nella prima forma, atteso che sappiamo per analogia che certe affezioni dei nervi spinali sono compatibili con una lunga vita.

5.° Quale sia la vera condizione patologica di questi due sistemi, non è certo mio assunto il dimostrarlo. Frattanto, per ciò che si può dedurre all'apparenza dei fenomeni interni ed esterni, dalla natura delle cause che influenzano lo sviluppo ed il progresso della malattia, e dall'azione dei soccorsi terapeutici, si direbbe ch'esista fin da principio uno

stato irritativo lento e permanente dei due indicati sistemi, quindi anche della cute e dei tessuti sottoposti nelle indicate località, stato il quale di lunga mano tende le più occulte insidie, e, per quelle influenze che esistono fra tutti i sistemi organici e fra i solidi ed i liquidi, finisce per alterare tutto l'impasto organico, producendo una malattia costituzionale; stato che per varie circostanze individuali e per l'azione delle stesse cause occasionali diviene facilmente febbrile e, nella 2.ª forma, infiammatorio, producendo anche malattie irritative od infiammatorie dei visceri interni. È perciò che in questa 2.ª forma è meno lunga la durata della vita.

6.° Quanto al processo morboso esterno, questo stato irritativo è indubitabile. Da quanto abbiamo veduto nella sintomatologia, l'irritabilità sembra l'origine di tutti i fenomeni esterni in ambedue le forme, e sembra appunto impartito agli organi ed ai tessuti dai nervi e dai vasi capillari con quella differenza di proporzione notata più sopra secondo la differenza della forma.

Dietro queste osservazioni, chi volesse cercare qualche idea generale sulla produzione dei sintomi, potrebbe trovarla nelle analogie. Diffatti sappiamo che l'irritazione di un nervo del senso produce l'eccitamento e l'iperestesia dei tessuti sui quali si distribuisce, e continuando l'irritazione, succede esaurimento ed anestesia. Similmente avviene per l'irritazione dei nervi motori, la quale finisce per esaurire la contrattilità dei muscoli relativi. Vediamo molte malattie irritative, che hanno per prodotto le alterazioni del senso e del moto, esser accompagnate da vivi dolori. Tali esempj si trovano nelle malattie isteriche e reumatiche, nelle quali ultime anzi si vede in qualche caso la perdita di qualche falange per lo stato irritativo ed infiammatorio della membrana sinoviale o del periostio. D'altronde sono note le esperienze di Flourens e di altri sulla subordinazione della circolazione perife-

rica cutanea all'innervazione spinale, nelle relative regioni; sappiamo pure che l'irritazione dei vasi, particolarmente delle vene, produce l'espansione delle stesse, quindi ne avviene afflusso maggiore di umori; tumidezza e congestione dei tessuti; che questa irritazione, secondo il suo grado e la sua durata, finisce per produrre o l'ipertrofia o l'infiammazione con tutti i suoi esiti, e dei depositi plastici, che in questa malattia avrebbero per elemento principale la fibrina, depositi che in seguito talvolta si fondono, forse per la presenza di qualche acido organico, come abbiamo veduto fondersi la cotenna del sangue in materia puriforme con qualche goccia di acido nitrico nell'acqua. Senonchè nelle spiegazioni dei fenomeni lebbrosi, con queste ed altre analogie, non si devono perder di vista la lentezza e la cronicità della malattia, la duplicità dell'affezione sui nervi e sui vasi, nonchè la sua maggiore intensità sugli uni o sugli altri, l'alterazione degli umori che ne risulta, particolarmente la maggior quantità di fibrina nel sangue, la particolare organizzazione della cute composta di tanti organi e tessuti diversi, la metamorfosi della materia, in fine l'azione delle cause occasionali agenti più sopra una località che sull'altra. Ma finchè manca la nozione esatta della natura delle relazioni che esistono fra tutti i grandi sistemi organici, tra questi e la cute, tra i solidi ed i liquidi nelle loro suceessive produzioni morbose, sarebbero vani gli sforzi a quest'oggetto.

7.° Finchè difettano tali cognizioni, non potrà esser valida neppure l'opinione la più antica e la più accreditata fino od oggi, che attribuisce l'origine e lo sviluppo di questa malattia ad una speciale discrasia degli umori. Certamente vi è un'alterata crasi del sangue, manifesta fin da principio e contemporanea alle prime manifestazioni; ma sarebbe ben difficile provare se essa sia

causa od effetto. Supposto anche sia causa, sarebbe egualmente difficile, senza tiranneggiare la logica, spiegare con essa tutti i fenomeni esterni.

Diffatti dietro questa opinione si ammette che la discrasia produca delle iperemie e delle congestioni passive nel sistema capillare cutaneo, il quale perciò venga ad esser sfiancato e dal quale poi in seguito succeda un'essudazione di fibrina che si coaguli e costituisca il principio elementare dei nascenti tubercoli e degli altri tumori; che questa fibrina in seguito si metamorfosi e si organizzi e, quale neoplasma, per la pressione che esercita, distrugga i tessuti e gli organi fra i quali si trova; cioè che le fibre, le cellule, i nervi, i vasi, le glandole, i bulbi, i peli, ecc., o si atrofizzino o si metamorfosino insieme col nuovo prodotto; che da ciò ne risultino la consistenza, la tenacità ed il volume morboso della cute, la mancanza di sudore, l'anestesia, la caduta dei peli, ecc., delle località affette. Questa teoria è tanto più seducente, in quanto che è confortata da certi fatti che in certi casi possono esser appunto in relazione con questo processo; ma siccome abbiamo rimarcato quanto sia irregolare ed incostante lo sviluppo dei sintomi nei varj individui, così vediamo fino a qual punto questa teoria possa esser sufficiente.

Si ammetta dunque con questa che lo sfiancamento dei vasi sia passivo, prodotto dalla congestione discrasica; si ammetta il trapelamento della fibrina dai vasi come causa di tutti i sintomi. Ora se questo sfiancamento e questa trapelazione possono supporsi nella forma ipertrofica, perchè non succede lo stesso anche nella forma atrofica? perchè invece succede in questa la retrazione dei tessuti e dei vasi, e l'atrofia delle parti, giacchè anche in essa il sangue è egualmente fibrinoso? A tale riguardo la teoria cadrebbe completamente. D'altronde, secondo un'opinione più recente, la fibrina sarebbe calcolata come un prodotto escrementizio dei solidi, ch'è

quanto dire come effetto di una condizione morbosa precedente degli stessi; inoltre la sua filtrazione dai vasi sarebbe pure impugnata.

Per combinare lo stesso processo in ambedue le forme, si dovrebbe ammettere anche nella forma ipertrofica che lo sfiancamento dei vasi che succede sia attivo e indipendente dalla discrasia, e sia conseguenza di una condizione morbosa primitiva propria agli stessi, forse per affezione dei loro nervi motori. Quindi dal momento che i vasi si trovano dilatati, crediamo ben volentieri che avvenga afflusso di sangue e congestione; che in seguito o per essudazione della fibrina o per embolismo dei capillari o per altro processo, le parti affette assumano il volume morboso che presentano; i tessuti e gli organi relativi vengono, o atrofizzati, o ipertrofizzati, o metamorfosati in una sola massa costituente il prodotto morboso. Ad ogni modo vediamo se la pratica confermi che questo processo sia esclusiva causa dei prodotti fenomeni, e se li produca in tutti i casi ove ha luogo lo stesso.

La consistenza della cute nelle varie parti affette varia anche nello stesso individuo; essa è maggiore del naturale nei tubercoli nascenti, nelle placche ed in generale là ove la cute è bitorzoluta, come si osserva in casi simili anche senza lebbra; al contrario è minore ovunque la gonfiezza è uniforme, quand'anche di vecchia data, nonchè nei grossi tubercoli, nelle tumescenze e tumori elefantiaci. — La tenacità, durante la vita, non l'abbiamo mai trovata; al contrario la cute ipertrofica è facile a tagliarsi e lacerarsi come se fosse macerata; abbiamo veduto i lebbrosi stessi con rozzi coltelli farsi qualche piccola operazione; soltanto nei casi composti con sintomi di forma atrofica, la cute in alcuni luoghi diviene scleromatosa, callosa ed anche tenace; però in generale abbiamo trovato ch'è per così dire, fragile, poichè spontaneamente screpola anche senza esser tesa, e forma profondi solchi, particolarmente

nelle naturali piegature — la mancanza di sudori, ossia la secchezza della cute, d'ordinario è anteriore alla sua congestione, ed anzi è più estesa nella forma atrofica. — L'anestesia invero è caratteristica sulle macchie, sulle placche, sui tubercoli, ecc., ed in generale sulla cute bitorzoluta e scleromatosa; però abbiamo incontrato molte eccezioni, e nella gonfiezza estesa ed uniforme abbiamo trovato differenze significanti; in questa, certe regioni appena tumefatte e molli in certi individui diventano tosto anestetiche, mentre in altri individui, molto tumefatte e di vecchia data, mantengono intera la sensibilità; d'altronde l'anestesia è talvolta più estesa e più profonda sulla cute in apparenza sana. — La caduta dei peli si trova anche sulle macchie bianche, le quali sembrano esser effetto dell'atrofia del reticolo malpighiano, senza che il derma sottostante sia congesto; spesso le sopracciglia cadono prima che si presenti indizio di tumidezza locale; i peli delle ascelle, del pube e delle altre parti coperte del corpo, cadono senza alterazione manifesta dalla cute; si trova pure qualche individuo con forma composta, avente la barba ed i mustacchi, sebbene la cute che li sostiene sia dura e bitorzoluta. — Nelle forme atrofico-ipertrofiche abbiamo l'atrofia di qualche località, la retrazione dei tendini, la paralisi del moto, ecc., che non potrebbero esser riferibili a depositi fibrinosi. — Non essendo dunque questi fenomeni conseguenze nè esclusive nè costanti del sopraddetto processo, dobbiamo convenire che vi siano altre cause originarie degli stessi, e che la partita che giuoca la fibrina coagulata, per quanto sia grande nella forma ipertrofica, non sia anche in questa che secondaria e dipendente da altre condizioni morbose precedenti.

Volendo ancora stare aderenti all'opinione che avvalora oltremodo la discrasia, possiamo supporre che, oltre l'eccesso di fibrina, vi siano nel sangue altri principj mor-

bosi diversi, ciascuno dei quali abbia un'influenza chimica speciale sopra l'uno o sopra l'altro dei diversi tessuti ed organi, e da queste diverse influenze ne risultino i diversi fenomeni morbosi e la diversità delle forme anche di opposta apparenza, secondo la proporzione di questi principj e la disposizione individuale.

Ora, quantunque questa supposizione sia molto gratuita, poichè è ben difficile provare la presenza di questi principj nel sangue, e che sia precedente, quindi indipendente dall'azione morbosa dei solidi, pure non ripugna alla logica, poichè vediamo per analogia che anche diversi medicamenti uniti insieme spesso agiscono sopra diversi organi secondo la forza elettiva di ognuno, sebbene l'analisi non sempre mostri la loro presenza negli umori dell'individuo. Ma si dovrebbe pure ammettere che, almeno nei tronchi vascolari omonimi dello stesso individuo, questi principj circolino egualmente identici e producano identici effetti; poichè ripugna alla logica il supporre che un liquido che ha una sorgente comune, conduca questi principj soltanto a destra o soltanto a sinistra. Ammessa dunque questa identità, non si saprebbe spiegare perchè in molti casi certi fenomeni si mostrino soltanto a destra o soltanto a sinistra e mantengano la stessa disposizione per uno o più anni! perchè, per esempio, si trovi spesso come sintomo primitivo la contrazione di un dito e soltanto dopo uno o due anni quella del dito omonimo al lato opposto! oppure la pesantezza, la gonfiezza, l'anestesia, il prurito, i dolori ad un sol lato e per lungo tempo! non si saprebbe spiegare nemmeno perchè, essendo lo stesso tronco vascolare che porta lo stesso liquido a tutta una estremità, non si producano gli stessi effetti a tutte le parti della stessa, ma si trovi invece, per esempio, l'anestesia soltanto a tutto l'auricolare ed al lato corrispondente dell'anulare, che sono appunto le parti ove finisce il nervo cubitale! Questi e tanti altri simili fatti

che in principio di malattia sono tanto frequenti e che pur si trovano anche in epoca avanzata, non trovano analogia nell' azione di alcun medicamento amministrato internamente. Acciocchè questi fatti possano aver luogo per influenza della discrasia, bisognerebbe ammettere una precedente e singolare maniera di sentire e di reagire dei solidi, differente in ciascun lato ed in ciascuna località dello stesso. Una tale predisposizione dei solidi così capricciosa non si saprebbe ammettere come fisiologica, bensì come patologica; ciò sarebbe quanto dire che il fattore primitivo della malattia sia nella condizione morbosa dei solidi. Diffatti sono appunto i solidi capaci di alterarsi parzialmente, di comunicarsi o trasmettersi la loro affezione, mentre sappiamo che per questa anche i liquidi possono modificarsi e divenire alla loro volta causa di certi fenomeni.

Ad ogni modo nulla di positivo si può asserire su tale questione. Soltanto possiamo credere che siccome nel processo organico-vitale e solidi e liquidi s'influenzano reciprocamente; siccome non vi è alterazione dei solidi senza che siano alterati contemporaneamente anche i liquidi, e viceversa; così tanto gli uni che gli altri possano divenire alternativamente causa dei fenomeni morbosi; ma che vi sia maggior probabilità a ciò che il fattore positivo di questa malattia sia nella condizione morbosa dei primi, appunto perchè questa ipotesi offrirebbe minori difficoltà alla interpretazione dei suoi fenomeni.

Art. 10.° — *Considerazioni sulla nomenclatura delle forme* (1).

Da quanto abbiamo veduto sul modo di presentarsi

---

(1) Se non sono esatte la classificazione e la nomenclatura delle forme di lebbra in questa isola, come si è veduto al 1.°

della lebbra in quest'isola tanto temporariamente quanto definitivamente, cioè in forme complesse ed in forme più o meno speciali, credo che ognuno avrà ammesso che la forma più complessa, quale sembra essere l'*Elefantiasi dei Greci*, sia la forma madre da cui derivino tutte le altre forme, e che perciò non debba avere che il solo nome di lebbra. Partendo da questo punto di vista, vediamo quale sia la convenienza degli appellativi dati a questa ed alle sue forme, e perciò quale confusione venne introdotta in questo ramo di scienza. Non li esaminerò tutti, poichè sarebbe troppo lungo e difficile il lavoro, e poichè molto non meritano d'esser confutati, ma soltanto alcuni dei più usitati.

Willan, il primo ch' ebbe il gran merito di riformare la dermatologia nel 1798, riguardo alla lebbra, confusa fin'allora nel caos di tanti morbi cutanei, consultando gli autori greci, ed in particolare Areteo, il quale descrive meglio che ogni altra forma quella che chiamavano elefantiasi, e confrontando quella descrizione colla lebbra esistente nelle colonie inglesi, che trovò analoga, diede tutta l' importanza ai tubercoli e la chiamò lebbra tubercolare, come sinonimo di elefantiasi. Dietro lui, tutti gli altri scrittori hanno continuato e continuano tuttora a mantenere lo stesso sinonimo. È probabile che tutti i lebbrosi veduti da Willan avessero molti tubercoli; tutti gli scrittori s' accordano nell' asserire che nelle linee equatoriali i tubercoli sono numerosi. Ma nell'elefantiasi dei greci i tubercoli non costituiscono che uno dei tanti

---

articolo, l' inesattezza certo non è provata da ciò che spesso i fenomeni di ciascuna si trovano uniti in uno stesso individuo. Questo argomento avanzato dal dott. De Cigalla (l. c.) contro la detta classificazione, proverebbe invece l'unità della malattia in tutte le dette forme; unità ch' egli stesso è troppo proclive a combattere riguardo a qualcuna.

fenomeni di questa forma, che anzi d'ordinario non sono nè così numerosi, nè così pronunciati, come lo sono in altra forma, per esser sufficienti a costituire un appellativo in sostituzione a quello dato dai greci. Non sono i tubercoli che danno ai membri l'apparenza di quelli di elefante, ma soltanto la gonfiezza uniforme della cute e del cellulare sotto-cutaneo, ch'è le base della forma e la giustificazione dell' antico appellativo. I tubercoli invece possono costituire una forma speciale di aspetto differente, nella quale si presentano molto più numerosi e più sviluppati senza che vi sia contemporaneamente la gonfiezza uniforme suddetta; e quand'anche questa si presentasse ad un'epoca avanzata, quando i tubercoli hanno preso un solido possesso, non arriva mai a costituire una forma elefantiaca, poichè, come dissi altrove, la forza di sviluppo di un sintomo diminuisce quello di un altro. Quindi il sinonimo introdotto da Willan ed accettato da tutti, non è esatto. La forma tubercolare deve avere un posto distinto dall' elefantiasi descritta dai greci.

Alcuni autori distinguono coi vocaboli *elefantiasi anestetica* una forma sulla descrizione della quale non sono tutti d' accordo. Mentre alcuni la descrivono come una varietà dell' elefantiasi dei greci avente per distintivo l' anestesia, altri la descrivono come una forma anestetica anche senza apparenza elefantiaca. Ecco la confusione ch'è capace di produrre l'aggettivo *anestetica*; aggettivo il più improprio che vi sia, poichè l' anestesia è fenomeno troppo comune a tutte le forme, almeno ad un' epoca avanzata, per meritare di servire di distintivo. Acciocchè un fenomeno abbia questo merito, deve avere precocità, frequenza e sviluppo straordinario in un dato gruppo di fenomeni in confronto che in un altro. Per questi caratteri l' anestesia non può servire meglio di distintivo che nella forma atrofica; non pertanto lo abbandonai anche in questa, appunto perchè, ogni altra forma avendo la sua varietà anestetica, poteva servire di confusione.

Lascio di confutare tutti gli altri sinonimi dati all'elefantiasi dei greci per capriccio e per certe differenze di apparenza inconcludenti; solo dirò che anche questo stesso antico appellativo addottato dai greci è inconveniente, poichè abbiamo l' altra forma propriamente elefantiaca, l' *elefantiasi degli arabi*, la quale meglio lo merita e colla quale potrebbe venire confusa. Era dunque più esatta l'opinione degli arabi, i quali chiamavano l'elefantiasi dei greci semplicemente col vocabolo lepra, per noi lebbra, come è più esatto chiamare *lebbra elefantiaca* soltanto l'elefantiasi descritta dagli arabi, poichè in questa la gonfiezza uniforme della cute e del cellulare sottocutaneo dei membri è molto più caratteristica.

Senonchè m' avveggo che questo appellativo che io darei all' elefantiasi degli arabi contrasta l' opinione di quelli i quali ritengono questa malattia come un'affezione locale esterna diversa dalla lebbra. Non è mia intenzione di entrare in discussione, nè d'istituire una analogia a questo proposito, analogia già riconosciuta da molti (Allard, Frank, Alibert ed altri). Rimarcherò soltanto che in fatto di malattie costituzionali, s'incontrano le forme le più disparate aventi la stessa origine e la stessa essenza morbosa; a lato della forma per così dire maligna vi è la forma benigna; a lato della forma o delle localizzazioni moltiple con fenomeni morbosi interni manifesti, vi è la forma o localizzazione semplice e senza sintomi interni apparenti, secondo la disposizione individuale e le cause che concorrono allo sviluppo della malattia, tra le quali il clima ha una grande influenza. Esempio ne sia la lebbra in quest'isola: chi trovasse un individuo del popolo di sano e robusto aspetto, ma però che avesse da 20 anni le dita contratte o mozze spontaneamente, non direbbe mai che fosse un caso di lebbra se non vedesse dei casi analoghi, ma molto più sviluppati nei lebbrosarj. Chi leggesse la descrizione di un caso puro di lebbra atrofica e

di un altro egualmente puro di lebbra ipertrofica, non direbbe mai che sia la stessa malattia l' origine d' ambedue le forme, se non trovasse anche la descrizione dei casi nei quali si trovano uniti i fenomeni d' ambedue.

Per conoscere tutte le varietà d'una malattia, bisogna conoscere tutte le gradazioni delle sue forme, e perciò bisogna esaminarla in molti paesi. Diffatti gli scrittori che opinano che l' elefantiasi descritta dagli arabi sia una forma speciale di lebbra, hanno basato la loro opinione sul fatto che in certi paesi vi sono dei casi nei quali, oltre l' ipertrofia della cute e del cellulare sotto-cutaneo, si rimarca l' anestesia, o qualche tubercolo, o la perdita di qualche dito, o piaga, od ulcera insensibile, di frequente la risipola, ecc., fenomeni che non sono invero caratteristici di questa elefantiasi, ma che sono sufficienti a dimostrare la concatenazione ch' esiste colle forme morbose conosciute per forme di lebbra, e quindi la comune essenza coll' elefantiasi dei greci; tale essendo il modo di combinarsi di tutte le sue forme. Il più grande argomento che avanzano gli avversarj, è il fatto della guarigione radicale coll' operazione chirurgica. Questo fatto, sebbene sia stato impugnato da altri, pure è ammissibile in particolare, specialmente quando la malattia affetta parti molto limitate, come sarebbe soltanto lo scroto od un piede. Vi sono anche qui dei casi di lebbra localizzata, che non sono più mantenuti da un processo morboso attivo, interno, capace, senza gravi cause, di sviluppare ulteriormente la malattia; tagliate le mani all' individuo sopracitato, non resterà più orma di lebbra. Egualmente vi sono certi casi di scrofola nei quali si possono esportare delle glandule molto ingrossate ed altri simili tumori con felice esito. Non è dunque questo fatto una prova contraria all' essenza della malattia.

Non minore controversia esiste sulla così detta *lepra dei greci.* Diffatti la malattia che i greci descrissero

sotto questo vocabolo, Willan la pose fra le malattie squamose, e nella descrizione che ne dà rimarca soltanto le piastre rosse a margini elevati in cerchio od a semicerchio, coperte da scaglie che cadono per rinnovarsi, senza predilezione per la faccia ma piuttosto per il dorso e per le estremità. Altri dermatologi, continuando la stessa descrizione con poche varianti, considerano questa malattia ostinata bensì ma sanabile anche spontaneamente, però senza sospetto di lebbra. Finalmente Hardy l'ammette come una varietà della psoriasi (psoriasis circinata). Ma vi sono altri dermatologi, fra i quali P. Frank, che nella descrizione di questa malattia aggiungono alle piastre cercinate, le croste nere, le piaghe e le ulceri fetide e perfino l'anestesia, fenomeni caratteristici di lebbra, per cui la ritengono una forma della stessa. Questa diversità d'opinione proviene dalla diversità dei luoghi nei quali fu osservata la malattia. Io potrei aggiungere a questo proposito che, quantunque non esista in questo paese questa forma nella sua specialità, pure osservai in certi casi di lebbra ipertrofica le squame e le placche cercinate, rare bensì e piccole; in qualche caso le trovai numerose, ma relativamente di breve durata, come una fase della malattia. Se dunque tanto nella lebbra ipertrofica quanto nella lepra dei greci si possono trovare i fenomeni caratteristici di ciascheduna, quest'ultima meriterebbe il nome di *lebbra cercinata.*

Molti appellativi vengono usati per indicare la forma di lebbra che designai coll'aggettivo *atrofica.* I greci la chiamavano *levke, alphos, anestetos*, ecc.; gli arabi la chiamavano *ginzam* dal verbo *gezem,* mutilare; i nostri la dicono *mal del lazzaro, lebbra bianca, lebbra anestetica, lebbra degli ebrei*, ecc. Tutti questi comprendono, l'uno dall'altro, qualche differenza sintomatologica di poca importanza; però non tutti gli scrittori sono d'accordo sull'essenza della malattia che con questi ed

altri nomi designano, poichè sino al giorno d' oggi vi sono ancora di quelli che pretendono che sia una malattia differente dalla lebbra. La mia opinione risultando chiara in questo scritto, non mi fermerò nè su tale quistione, nè sull'inconvenienza di tutti questi appellativi. Esaminerò soltanto l' opinione, già da molti accettata, che questa forma di lebbra sia la lebbra descritta dagli ebrei.

Questa credenza è basata sul 13.° cap.° del Levitico il quale al vers. 2.° dice : l' uomo, sulla cute e sulla carne del quale si è formato una *gonfiezza* (séet) od una *pustola* (sapàhat) od una *macchia lucente* (bahéret) che sembri la piaga della lebbra, sarà condotto al sacerdote. Le persone così affette venivano sequestrate e sottoposte a ripetuti esami prima che la sentenza fosse pronunciata. In questi esami, i sacerdoti davano molto peso alle macchie bianche depresse, alla mancanza dei peli, alla piaga ed all' ulcera — che mostrassero carne viva — e ad altri fenomeni di poca apparenza se non di poca entità. Nulla si trova in quel cap.° dei fenomeni gravi di lebbra avanzata, di qualunque sia forma; e non poteva esser altrimenti. Quel cap.° non ha la pretesa di essere un trattato di sintomatologia; è un codice sanitario di quei tempi per giudicare le persone sospette di lebbra; e nell'indicare quei fenomeni, e nel prescrivere quei ripetuti esami, dimostra che le persone esaminate erano soltanto in principio di malattia. Non poteva dunque indicare tanti altri fenomeni consecutivi già conosciuti dal popolo. Ma quei primi fenomeni indicati possono trovarsi in principio di qualunque forma. Pronunciato il giudizio, il sacerdote non si occupava più dei lebbrosi; questi venivano messi in libertà, già segnalati alla pubblica ripugnanza. Chi sa quanti altri fenomeni si sviluppavano dippoi ? Non sembra forse che dovessero tener coperta la faccia per nascondere quelle orribili mostruosità che producono le forme ipertrofiche ! — In favore della suddetta credenza vi è in vero il nome stesso *zaràaht* che gli ebrei davano a questa

malattia; vocabolo che veniva usato nella Bibbia anche per indicare il color della neve. Questo probabilmente è basato sul colore delle macchie suddette, di certe macchie depresse dei lebbrosi, che sono appunto bianche come la neve e quasi lucenti. Ma queste macchie così depresse e così bianche sono cicatrici, delle quali il color bianco si riflette tanto più in quanto che sono oscure alla circonferenza; queste si trovano in qualunque forma, molto più nell' ipertrofica che più produce delle piaghe; mentre le macchie caratteristiche della forma atrofica non sono nè depresse, nè così bianche. — Dietro questi riflessi e sapendo che ogni forma nel suo decorso può metamorfosarsi, dico che nè dal nome della malattia, nè da quelle magre e confuse relazioni del Levitico non si può dedurre nè che vi fossero tante lebbre quanti sono i fenomeni in esso indicati, come pretende qualcuno che non ha veduto la lebbra che sulla Bibbia, nè che vi fosse soltanto la forma suddetta, come credono molti scrittori. Probabilmente saranno state le stesse forme che si trovano tuttora in Palestina, fra le quali prevale l' ipertrofica.

Caso di *Sifilide* o *Malattia venerea costituzionale* nel trecento; *esposto con alcune dichiarazioni dal prof.* ALFONSO CORRADI.

Donato Velluti, narrando gli avvenimenti suoi e quelli di sua famiglia nella bellissima Cronica già dal Manni pubblicata nella prima metà del secolo scorso (1), così descrive i casi del figliuolo Lamberto.

---

(1) « Cronica di Firenze di Donato Velluti dall'anno 1300 in circa fino al 1370 ». Firenze, Manni, 1731, 4.° pic.

« Lamberto nacque addì 19 marzo 1341 (1). Fu bel-
» lissimo fanciullo, bianco e vermiglio, colorito e di bel
» viso, de' più belli di Firenze, e quando il primaio anno
» andò all' ufizio (2) tutti traevano a vederlo, e la ba-
» lia non si potea rimedire (3) dalle donne dopo il detto
» ufizio. O che fosse per esser troppo abbracciato, e ri-
» scaldato, o per difetto di latte di balia, o perchè l'a-
» vesse da natura, e allotta (4) uscisse fuori, gli venne, e
» uscì di dosso una pruzza (5) minuta, che 'l consumava,
» intantochè la balia sua, che il tenea allato, e la quale
» era di carne freschissima, sen empiè tutta, e diventò
» secca e disfatta. Mandágli al Bagno a Macereto (6);

---

(1) Intendi 1342, perchè i Fiorentini incominciavano l'anno a' 25 di marzo.

(2) *Andare all'uffizio*: questo è un antico rito d'una benedizione che si fa a' bambini, e dura ancora nel popolo di S. Lorenzo; si domanda uficiare, e si fa il Sabato Santo. (Nota dell'editore Domenico Maria Manni).

(3) *Rimedire*: riscattare, liberare.

(4) *Allotta*: allora.

(5) *Pruzza*: riscaldamento. Il vocabolario della Crusca, e l'altro del Tramater citano questo stesso e solo esempio del Velluti.

(6) Macereto, o Maciareto, è bagno termale situato sulla ripa sinistra del fiume Merse nel territorio di Siena, oggi mal ridotto sotto il vocabolo di *Bagno del Doccio*. Trovansi però sulla medesima ripa sinistra del fiume Merse presso il casale di Filetta scaturigini più copiose di acque termali, sulfuree, state probabilmente confuse una volta sotto lo stesso vocabolo del Bagno a Macereto. Costà sino dal secolo XIII esisteva un ospedale intitolato a S. Jacopo per servire di alloggio ai bagnanti ed ai passeggieri. Credette il Benvoglienti che i *Bagni di Macereto* fossero identici a quelli che Cicerone chiamò *Balnea Senia*. Anche il Bacci nella sua opera *De Thermis* deduce l'antichità di questi bagni dalle medaglie o monete dell'imperatore

» giovogli un poco, alla balia assai: di che tornati, te-
» mendo non fosse cagione della balia per sua caldezza,
» gliel tolsi, e dieilo a una fanciulla temperata, con latte
» fresco, e immantinente se ne empiè ella, e così facea
» a chi dormisse con lui; di che avendolo spoppato, e
» cresciuto un poco con grande pena, e fatica, il facea
» dormire di per sè in un letto, e egli dì, e notte si ro-
» dea; avea bene la bocca seco, e di ciò campava. Man-
» dálo (1) al Bagno a acqua e poco rilevava. Venne cre-
» scendo, puosolo a scuola, avendo apparato a leggere, e
» avendo buonissimo ingegno, memoria, e intelletto, e
» buono e saldo parlare, che facea ciascheduno maravi-
» gliare, apparava, e apprendeva bene; di che in poco
» tempo fu buono gramatico. Puosilo all'abbaco, e diventò
» in pochissimo tempo buono abbachista, poi nel levai, e
» avendogli fatta una Bottega d'arte di lana; in prima
» con Ciore Pitti, e poi con Manente Amidei, il puosi alla
» cassa, e ivi stette parecchi anni sanza avervi amore, poi
» cominciò a porvi amore, e eravi tanto sollecito e tanto
» sperto, quanto fosse giovane di questa terra. Era piccolo

Gordiano, che furono alla sua età scoperte nel luogo di Macereto. Di coteste terme fecero uso l'imperatore Arrigo VII nell'agosto del 1313, e il pontefice Pio II nell'estate del 1459 (*Repetti* « Dizionario geografico, fisico, storico della Toscana », tom. III, pag. 7).

Forse l'*alto Arrigo*, come lo chiama Dante, cercava in quelle acque refrigerio dalla febbre terzana o pestilenziale, che a' 24 dello stesso mese lo toglieva di vita a Buonconvento presso Siena. Pio II poi era gottoso; e giovossi de'predetti bagni non, come sopra è detto, nell'estate del 1459, per ciò che allora era a Mantova onde sollecitare la crociata contro il Turco, bensì nell'anno appresso.

(1) *Mandálo*: mandailo, lo mandai; siccome più sopra *mandágli* per li mandai.

» della persona, e con quella ricadia (1) addosso, e perchè
» andasse poi al bagno a Vignone (2), o Rapolano (3), gio-
» vandogli una pezza, immantenente gli ritornava addosso.
» Era grande mangiatore e bevitore, e ritrovavasi vo-
» lentieri co' giovani, e spendeva corteggiando di soper-
» chio. Di lugiio 1363 gli venne, e convertì il detto suo
» difetto in uno rossore, e diventò tutto un danaio (4),

---

(1) *Ricadia*: noja, molestia, traversia, travaglio, avversità, malore.

(2) I Bagni di Vignone, o Bagno a Vignone, trovansi in Val d'Orcia nell'Aretino. Non erano ignoti ai Romani, come appare da una iscrizione pubblicata dal Grutero (XCIII 10): furono rammentati con lode da Simone Tondi nella relazione detta nel 1334 davanti ai Signori Nove del Governo di Siena. Furono in seguito descritti da molti autori, e con più precisione dal Bacci. Giorgio Santi nel Viaggio secondo per le Provincie Senesi diede un saggio analitico delle acque termali di Vignone; le quali, come sostanze mineralizzanti, contengono acido carbonico libero in gran copia, carbonato di calce in abbondanza, e piccola quantità di solfato di soda, di calce e muriato di calce. — A quelle acque andò nel maggio 1490 Lorenzo de' Medici (Repetti, op. cit.).

(3) Rapolano è un castello in Val d'Ombrone nel territorio di Siena. Alla distanza di poco meno che un miglio dal medesimo, scendendo nella direzione di libeccio, si trovano le sorgenti termali solfuree, le quali propriamente sono conosciute col nome di Bagni di Rapolano (Repetti, op. cit.)

(4) *Danajo*: per similitudine crosta o macchia procedente da bolle di riscaldamento. Così i vocabolarj citando un solo esempio, che è appunto il predetto del Velluti. Il Burchiello poi, per dire che tutto era asperso di macchie, disse essere *indanajato*:

Le pulci m'hanno tutto manicato
E forse anche le cimici, e pidocchi
Che dalla gola in giù fino ai ginocchi
Tutto di sangue sono indanajato.

(Rime commentate dal Doni. Vicenza 1597, Par. I, pag. 37).

» fecesi medicine, stando rinchiuso bene uno mese e par-
» tissi. Poi ultimamente gli venne male nella verga, e
» stando senza governarsi, e non curandosi, e poi fac-
» cendosi governare e curare a' medici non suffizienti,
» la cosa era tanto innanzi, che tutto quello dinanzi,
» cioè il caperozolo (1) gli si convenne tagliare, e non
» sentì pena niuna, perocchè la carne era tutta morta,
» e la malattia era entrata più aentro; e riconvenne
» anche tagliare infino presso al pettignone; e non valse
» niente, che ultimamente morì, essendo d' età di 22
» anni, addì 26 di dicembre 1363, e onorevole il feci
» seppellire (pag. 138) ».

Questo racconto è assai pregevole, e merita di essere diligentemente considerato.

Trattasi d'un fanciullo che, di sano e di buon aspetto che era fino ad un anno, per essergli uscita fuori certa efflorescenza, diventò secco e disfatto, siccome eziandio la balìa che seco di continuo tenevalo. Datagli nuova e più giovane nutrice, questa pure s'empiè di quel malore, ciò che avveniva a chiunque con lui si coricasse. Fu quindi il padre costretto di farlo dormire di per sè. Spoppato, il putto non migliorò; egli pur sempre era dal male tormentato, e stentatamente cresceva, quantunque fosse di buon appetito. Nè giovarongli i bagni solforosi, nè gli altri ad acqua, benchè da quelli la prima balia traesse grande beneficio.

Ei rimase piccolo della persona; nondimeno di svegliato ingegno, amante de'piaceri e delle gozzoviglie, bevendo e mangiando assai. Tornò ai bagni solforosi; provò anche gli alcalini, e se non guarì, ne trasse qualche frutto:

---

(1) *Caperozzolo*: diminutivo di capo. Ne'vocabolarj non trovasi che quest'esempio del nostro Donato.

ma il sollievo era fugace, e l'efflorescenza, scomparsa per un poco, ritornavagli addosso. Il quale difetto più tardi, avendo quegli 22 anni, si mutò in *rossore*, ed il corpo tutto si coperse di schianze, o macchie rotonde come un denaro. Medicossi Lamberto, e stette in casa per un mese, sinchè il nuovo malanno si fu partito. Ma altro e maggiore guajo sopraggiungeva: vennegli male nella verga; e perch' egli dapprima non curossi, e quindi ricorse a medicastri, la cosa tanto peggiorò, che fu d'uopo troncare la ghianda infracidita. Nè per questo fermossi il guasto, il quale anzi ognor più avanzavasi. Però convenne tagliare presso che tutto il membro; ma indarno: il povero giovane morì alla fine di dicembre essendo stato malato dal luglio in poi, cioè da quando uscirongli fuori quelle macchie rotonde, ed aggravossi il male antico; perchè veramente egli di continuo fu infermo dal primo anno di vita.

Ora donde mai nacque, e cosa fu quella *minuta pruzza* che tanto il corpo consumava, sì facilmente agli altri attaccavasi, e pertinacemente continuava, ribelle a ripetute e diverse cure, per ben 21 anni?

Sospettò l'amorevole genitore che il figliuolo quel vizio avesse da natura, ed allora, cioè dopo un anno, uscisse fuori: ma che gli altri figliuoli (e parecchi furono), la madre, e lo stesso Donato, od alcuno della famiglia avesse cotale malanno, non è punto detto, abbenchè delle cose domestiche, incominciando da quelle degli avi, sia nella Cronaca del Velluti minuto racconto. Così, ad esempio, sappiamo ch'egli, il Cronista, soffriva di gotte, delle quali guarì digiunando tutta la quaresima e i dì comandati (1). I Velluti poi erano gente robusta e di buona tempera; tanto che Bonaccorso di Piero vivette bene 120 anni, e

(1) pag. 92.

quantunque decrepito « la carne sua avea sì soda che non si potea attortigliare, e se avesse preso qualunque giovane più atante in su l' omero, l' avrebbe fatto accoccolare (1) ». Anzi allo stesso Donato il sospetto di labe gentilizia parer dovette poco fondato, s'egli pensò il suo Lamberto così fosse malconcio per difetto di latte della balia soverchiamente calda. Se non che vedendo nè manco giovare il nuovo latte di fresca e temperata giovane, quei venne pure in dubbio che, *per essere troppo abbracciato e riscaldato*, al figliuol suo cotale malore sopravvenisse. E per vero quest'era il più naturale sospetto vedendo farsi cascante e macilente un fanciullo nato da sani parenti, e per un intero anno pieno di salute, bianco e vermiglio e de' più belli di Firenze.

Ma ser Donato, quantunque letterato e ragguardevole personaggio, essendo egli stato Giudice, Priore, Gonfaloniere di Giustizia; non altro aggiunse per farci capire che fosse quella *minuta pruzza*. Ei non era medico, nè possiamo da lui pretendere maggiori ragguagli: e fosse anche stato medico, assai probabilmente non n'avremmo saputo di più de' caratteri di tale efflorescenza: nè il vocabolo greco od arabico che questa avesse avuto, sarebbe stato più preciso ed esatto nel significato del nome volgare di *riscaldamento*. Così era la scienza d' allora; la quale nelle malattie guardando precipuamente ai caratteri generali, trascurava i sintomi locali, o questi in quelli siffattamente comprendeva, ed ai vizj degli umori ed alle varie sorte d'intemperie sì strettamente subordinava, da reputare come superflua la particolare loro descrizione.

Nulladimeno noi possiamo, giovandoci di alcune circostanze del racconto, tentare di meglio determinare la natura dell' efflorescenza in quistione.

---

(1) pag. 31.

E poichè questa, come pare sicuro, al fanciullo fu appiccata, subito siamo indotti a credere ch'ella fosse o *scabbia*, o *lebbra*, o *sifilide*. Ma la scabbia avrebbe mai cotanto disfatto il ben nutrito fanciullo e le donne che a lui davano la poppa; avrebbe durato per più di vent'anni malgrado i ripetuti bagni d'acqua dolce, i termali solfurei, e quelli di calce (1). Se rogna fosse stata non l'avrebbe il padre con il proprio nome, come volgarissimo male, chiamata (2)?

E tanto la si conosceva, che anche, non per modo di dire, ma veramente, da *lippis et tonsoribus* sapeasi nascer dessa per i piccolissimi bacolini, o pellicelli, tra pelle e pelle ingeneratisi: difatti il barbiere di via Calimala disse in quelle capricciose sue Rime:

Che per non far a pellicegli oltraggio
Io pesto agresto, e premolo co' guanti (3).

Del pari la lebbra e le quattro sue specie (4) erano

---

(1) I bagni salati e con lo zolfo, siccome l'unguento d'olio e calce, erano raccomandati come ottimi rimedj contro la scabbia dai medici della Scuola Salernitana (« Collect. Salernit. II, 368; IV, 370 »).

(2) Quinto Sereno Samonico avea già detto:
Illotus sudor et inopia nobilis escae
Saepe gravi scabie correptos asperat artus.
Ergo lutum prodest membris adhibere fricatis
Quod facit ex asino saccatus corporis tumor,
Nec pudeat tractare fimum, etc.
(« De medic. praecepta salub. » C. VI).

(3) Burchiello Domenico. « Rime », ed. cit. P. I pag. 36.

(4) « Sicut sunt iiij humores sic sunt quatuor species lepre; prima dicitur elefantia, que fit de malincolia .... secunda fit ex fleumate quod dicitur tyria ... tertia fit ex sanguine et dicitur alopitia .... quarta ex colera rubea, que dicitur leonina. (Practica Magistri Bartholomaei Salernitani. In. « Collect. Salernit. », IV, 362) ».

anche in quel secolo affezioni abbastanza frequenti e comuni, perchè eziandio i non medici le potessero presto conoscere e denominare: e ben il popolo poteva sapere i caratteri particolari di ciascuna di esse, il *Regime della Scuola di Salerno*, che li espone (1), andando per le mani di tutti (2). E però, se lebbrosa fosse stata la malattia del figliuolo, il Velluti non l'avrebbe con la dubbia parola di *pruzza* indicata: nè con i bagni termali; ma con i purganti, gli unguenti di litargirio, di zolfo, di mercurio, e principalmente con le celebrate carni di vipera, quella sarebbe stata curata (3). Oltre di che ripugna il credere lebbra, quando ancora que-

---

(1) *De signis variarum specierum leprae.*
Candescit cutis in tyria, mollescit et albet.
Nec membris lymphae profusio facta cohaeret.
Signa leoninae: manuum fissuraque pedum
Aspera rupta cutis, macies, pruritus et ardor,
Vox et rauca, color citrinus, mobile lumen,
Fit gengivarum corrosio, naris acuta.
Contrahit et spasmat; species elephantica nervos
Corrugat naris, oculos facit esse rotundos,
Tubera dura rigent, caro livida, squallidus unguis.
(« Collect. Salernit ». V. 89).

(2) I manoscritti del *Regime* di Salerno sono numerosissimi, e ve n'hanno traduzioni in quasi tutte le lingue, perfino nella persana e nell'ebraica. Se ne contano, dal principio della stampa sino al 1846, 240 edizioni, di cui 15 senza data, e 24 degli anni 1474-1500. Quindi, dice Baudry de Balzac, computando che per ogni edizione fossero tirate da 500 a 1000 copie, 120,000 a 240,000 esemplari di quel libercolo sarebbero andati in giro nello spazio di quattro secoli. (« Notice bibliographique sur 81 manuscrits français et étrangers rélatifs à l'histoire de la médecine au moyen âge, et spécialement à l'Ecole de Salerne, etc. In « Collect. Salernit. ». V. 115).

(3) « Collect. Salernit. », II, 364; IV, 363.

sta reputavasi terribilissimo male (1), un' efflorescenza che, sebbene lunghi anni continuasse, nè peggiorò, nè in altra guisa offese il fanciullo, che lasciandolo piccolo della persona. Ripugna altresì alla natura della lebbra, quale sempre ell' era allora, que' miglioramenti e que' ritorni allo stato di prima; siccome eziandio il buon appetito e la giovialità del giovinetto. Il quale d' altronde, se lebbroso, sarebbe mai stato dalle balie e dagli altri sì confidentemente tenuto allato? Sarebbe mai stato accettato a scuola, in bottega ed al banco, divenendo esperto mercatante, siccome già era in leggere, scrivere e far conti abilissimo? Nè di certo con quell' infermità alla pelle avrebb' egli trovato tanti amici e compagni, con cui sollazzarsi di continuo e secondo che il padre lamenta, spendere di soverchio. Dalle terme poi, che anche allora erano luogo di festevole ritrovo (2), sarebb' egli stato respinto, siccome più tardi gl' infetti di bolle e di vajuolo francese dalle pubbliche stufe furono esclusi; perciocchè,

---

(1) « Ut verum fatear, omnes species leprae sunt incurabiles .... (Platearius. In « Collect. Salern. », II, 362) ». E nelle Glosse dei Quattro Maestri alla Chirurgia di Ruggiero è detto: « Lepra a principio potest perpendi, et ante ejus confirmationem potest curari; sed non recipit curam si fuerit confirmata ». (Puccinotti, « Stor. della medic. », T. II, P. II, Docum., pag. 792).

(2) Veggasi in più luoghi la Collezione *De Balneis omnia quae extant*, etc. Venet. 1553, e principalmente a c. 291 la lettera di Poggio Fiorentino a Leonardo Aretino intitolata « De Schola Epicureae factionis in Thermis Helveticis oppidi Baden » scritte al tempo del Concilio di Costanza. Dagli antichi nostri comici, dal Machiavelli, ad esempio, benissimo ci è attestato quanto l' andare a' bagni fosse in uso in Firenze, e come in simili luoghi altro non si facesse *se non festeggiare* (La Mandragola, atto 1.°, scena 1.ª).

quantunque in lui non apparissero tutti i segni della lebbra, teneasi che « si impetigo fuerit magna valde et a longo tempore fuerit, et aliquam partem corporis ad quantitatem unius palmae occupans vel amplius, significat lepram praesentem et in proximo venturam (1) ». Nè le leggi del Comune di Firenze, benchè non a rigore eseguite, non avrebbero permesso che uno con quella lordura in faccia restasse a banco e con gli altri cittadini si frammischiasse. Avvegnacchè dallo Statuto era comandato che il Podestà, subito entrato in carica, eleggesse due specchiate persone, ed a loro, avutone giuramento di bene adempierlo, affidasse l' incarico di cacciare dalla città quanti lebbrosi avrebbero trovato (2). Firenze poi, fin dal 1186, avea il suo lebbrosario fuori della mura nella via che allora guidava a Prato; ed i Consoli dell'Arte dei Mercanti ne custodivano ed amministravano i possedimenti: i quali erano tanti, che forse niuno spedale in Italia era in allora sì ricco come quello di S. Jacopo e S. Eusebio (3). La qual cosa se prova la pietà e generosità dei Fiorentini, anche mostra quanto il morbo nella *città del Battista* fosse diffuso.

---

(1) Glossae supra Chirurgiam Rogerii Parmensis Quatuor Magistrorum Salerni. (Puccinotti, op. cit., pag. 793). Nell' edizione procurata dal De Renzi (« Collect. Salernit. », II, 705) invece di *lepram praesentem* si legge *lepram penetrantem*. Parimente qual segno precursore della lebbra riguardavasi la morfea; la quale era *defoedatio cutis maculosa solum in facie ex subtili materia ad superficiem cutis expulsa, lepra autem ex grossa materia in tota carne dispersa.* (Glossae cit., pag. 716).

(2) « Statuta Populi et Communis Florentiae ». Lib. II, Rub. XLII. (Puccinotti, op. cit., II, P. I, p. CXCVII).

(3) Passerini. « Storia degli stabilimenti di Beneficienza di Firenze ». Firenze 1853, pag. 128.

Non potendo dunque consentire che scabbia o lebbra fosse la malattia di cui parliamo, parrebbe non altro restasse che dirla sifilide. Se ad alcuno piacesse di vedervi piuttosto un' *impetigine scrofolosa* od *erpetica*; tosto, lasciate da parte le altre obbiezioni, glie ne leverebbe il pensiero il fatto del contagio, sul quale niun dubbio può alzarsi, tanto esso è dal cronista asseverato. L' essere stato il fanciullo sano per tutto un anno, ragionevolmente ci fa escludere che congenita fosse la lue; e però dopo più di cinque secoli possiamo liberamente concedere patente di buon costume a Messer Donato e a Madonna Velluti: *honni soit qui mal y pense.* Del pari sembra che la colpa non fosse della balia, la quale (ed è, si noti, il padre che lo dice) anzi che recare il male alla creatura, ella stessa ne fu vittima; ovvero se ebbe una colpa, quella si fu d' aver lasciato troppo *abbracciare* il suo pargolo. Nè veramente raro è il caso che la sifilide per baci sia comunicata; anche la mentagra *veloci transitu osculi* appiccavasi (1); e gl' importuni *basiatori*, di cui si lagna Marziale, l'*ulcus acre*, le *pustulae lucentes*, il *triste mentum* ed i *sordidi lichenes* propagavano (2).

Ma, dirassi, se quella fu una *dermatosi venerea*, cioè una *forma consecutiva* o *fenomeno secondario di sifilide*, dove ne sono i sintomi *primitivi?* Non chiedete, di grazia, ad uno scrittore non medico del trecento quello che oggi pure spesse volte passa inosservato: ricordiamo altresì, senza per altro approvarla, la distinzione fatta dal Cazenave delle sifilidi in primarie e secondarie, e la così detta lue d' *assalto* dal Lagneau e da altri propugnata. Nè vale il dire che il putto dì e

(1) Plin. « Hist. nat. », XXVI, 3.
(2) Epigram. XI, 98 ; XII, 59.

notte per quel suo malanno *si rodea*, onde aver motivo di crederlo piuttosto lebbra o scabbia, ricordando i dannati della decima bolgia de' quali

> . . . ciascun menava spesso il morso
> Dell' unghie sovra sè per la gran rabbia
> Del pizzicor, che non ha più soccorso (1).

Perciocchè quel *rodere*, più che l'insoffribile pizzicore, vuol significare, se non m' inganno, la pertinacia del male che il povero fanciullo consumava. E poi qual è il morbo della pelle che non faccia prurito? Che se ancora obbiettare si volesse, quella, quando lue venerea fosse stata, non con la sola dermatosi, ma eziandio con molteplici altri modi, secondo che di lei è proprio, si sarebbe manifestata; rispondiamo: le voci *ricadia* e *difetto* adoprate dal narratore avere sì largo significato da comprendere, siccome il vizio della cute, così ogn' altro che da' morbi venerei può essere ingenerato. Esplicitamente di dermatosi non è fatta menzione che in principio; e suole tuttavia dalla *dermatosi* pur esordire la sifilide acquisita ne' fanciulli. Nè faccia caso la soverchia lunghezza della malattia; conciossiachè non furono mai adoprati que' rimedj che più valgono a vincerla: i bagni solforosi, siccome oggi fanno, non produssero che temporaneo benefizio; ed allora pure s' ebbero le tregue che tanto son proprie della sifilide. Ma altri due caratteri, di questa assai particolari, sono nella seconda eruzione, cioè in quella che sopraggiunse negli ultimi mesi, abbastanza bene accennati: voglio dire il colore *rosso* e la forma *circolare* dell' efflorescenza. Secondo che narra il padre, parrebbe che la novella dermatosi non fosse che una sequela o conversione dell' antico *difetto*, cui sarebbe anche tenuto dietro il guasto e la cangrena della verga.

---

(1) Inf., XXIX, 79-81.

Non pertanto, stando almeno a ciò che delle malattie veneree di presente vediamo, parmi che il racconto vada così ricostruito.

Lamberto, da quel buon tempone che era, *probabilmente* andò a sollazzarsi in uno de' postriboli che lo Statuto del Comune concedeva di tenere aperti sotto la balia degli Uffiziali della Onestà (1): vi buscò un'ulcera o più ulceri *dure* alla ghianda, le quali, malgrado l'antica e tuttavia superstite infezione, produssero fenomeni secondarj (*roseola generale, eruzione crostacea nummulare?*) alla pelle, che dopo un mese disparvero. Ma le ulceri, perchè punto o malamente curate, siccome eziandio per le cattive condizioni dell'infermo, divennero *fagedeniche*, e tutta la ghianda cadde in gangrena. La carne morta fu tagliata, e forse anche, com'era precetto della scuola, nel vivo bruciata (2): e neppur ciò bastando, la malattia essendo *entrata più*

---

(1) Rub. XIII. Op. cit., pag. CXCV.

(2) « Si cancer fuerit in virili membro, et totum membrum occupaverit, totum cancrosum et infectum excidatur, ita quod de vivo aliquantulum auferatur, et cum instrumento ferreo calido, vel aureo, coquatur. (Rogerii, « Chirurg. ». In « Collect. Salernit. », II, 482) ». Anche Albucasis avea raccomandato in simile cosa il cauterio attuale, perchè giovava tanto contro l'emorragia che contro la putridità della piaga. (« La chirurgie d'Albucasis », traduite par le doct. Lucien Leclerc. Paris 1861, pag. 164, cap. LVI). Invece Antonio Benivieni in un monaco (il quale per zelo di castità, indiscreto invero e non secondo la pietosissima religione d'Iddio, si tagliò il pene rasente al pube) *prese ad uno ad uno i vasi che davan sangue, e legolli in maniera che, chiusa l'apertura, si riunissero.* (« Di alcune ammirabili ed occulte cause di morbi e loro guarigioni », volgariz. dal dott. Carlo Burci. Firenze 1843, pag. 122, N.° LXVIII). Tanto fra noi era progredita la chirurgia alla fine del quattrocento!

dentro, si dovè recidere la verga fin presso al pube. Alla quale operazione i chirurghi del medio evo erano piuttosto proclivi, avendo essi per fermo che « licet virga virilis sit membrum nervosum, tamen bene tolerat incisiones et suturas (1) ». Ma non le tollerò il povero giovane: il quale, siccome è verosimile, da *febbre d'assorbimento*, o *d' infezione*, che dir si voglia, miserabilmente fu tolto di vita.

L' avere poi così capovolto quest' ultima parte della narrazione del giudice Donato non parrà già, io spero, soverchia licenza. Imperocchè assai facilmente, come da lui furono vedute per prime quelle macchie e quelle schianze, il buon uomo reputò che desse fossero il cominciamento del male: e quante volte oggi ancora a qualche padre la sifilide del figliuolo non è fatta credere uno *sfogo, un' espulsione* d' umori? Il qual inganno in quei tempi dovea essere più facile: per la ragione che, quand' anche allora fossero morbi venerei, le *malattie sifilitiche* non erano bene avvertite come proseguimenti e successioni di quelli; o perchè elleno con altre forme d' infermità, e specialmente con le lebbrose, andassero confuse; o perchè veramente non si mostrassero così frequenti che in appresso.

Ma su tale intricatissimo punto di Patologia storica io dovrò fermarmi alquanto allora che, siccome ho in animo di fare, tratterò delle *Malattie veneree in Italia alla fine del quattrocento e nei primi anni del secolo XVI.*

Intanto giudichi il discreto lettore se, esponendo il predetto caso, io l' abbia giustamente interpretato: niun medico e storico de' morbi venerei, fino all' ultimo che è

---

(1) « Glossae supra Chirurgiam Rugerii Parmensis, etc. », op. cit., pag. 768.

il Friedberg (1), ne ha fatto menzione; e nondimeno meritava d'esser conosciuto, perchè importantissimo. Ei sarebbe il primo caso di sifilide acquisita in bambino poppante che ci offra la Patologia del medio evo: sarebbe anche l'esempio d'una reinfezione sifilitica. E però può dirsi che la famosa dottrina del Ricord sin dal trecento fosse condannata.

Chi avrebbe mai detto che la modesta Cronaca di casa Velluti non solamente per il frullone degli Accademici della Crusca, ma anche per la storia della Sifilologia tanto dovesse servire!

La medicina ostetrica e la ginecologia nell'Ospitale Maggiore di Milano; *del dott.* **DE-CRISTOFORIS MALACHIA,** *medico ajutante, già addetto al Comparto speciale per le malattie delle grade, ecc.* (2). *Rendiconto clinico per gli anni solari* 1862-63-64 *e pel* 1.° *semestre* 1865.

INTRODUZIONE.

Les faits sont la substance même des idées.

L. Moleschott.

Volendo coordinare in questo rendiconto le affezioni riscontrate nel comparto speciale delle malattie femminili e le considerazioni che ne trassi, mi è necessario premettere alcuni ragionamenti dai quali meglio risul-

---

(1) « Die Lehre von den venerischen Krankheiten in dem Alterthume und Mittelalter ». Klinisch und geschichtlich dargestellt von doct. Hermann Friedberg. Berlin 1865, 8.° pp. 170.

(2) Vedi la Prefazione di questo Rendiconto nel fascicolo di novembre 1865.

terà lo scopo della divisione adottata nel lavoro e la condotta che ho seguita nel trattare i diversi argomenti e le diverse forme morbose meritevoli di attenzione.

Due grandi divisioni possono essere stabilite delle ammalate che ingrediscono nel comparto, e sono:

I. Di quelle che portando una condizione morbosa viscerale qualunque, siano contemporaneamente o gravide, o puerpere, o nutrici;

II. Di quelle che portano una forma morbosa qualunque degli organi sessuali fuori gravidanza e puerperio.

Le prime costituiscono per me la parte *medica-ostetrica*, le seconde la *ginecologica* del rendiconto.

Lasciando per ora il secondo argomento, che ha d'uopo di considerazioni d'ordine speciale, entro direttamente a parlare del primo in via generica, per discendere poi alla parte pratica.

Stabilito il carattere proprio della prima divisione, la *medico-ostetrica*, discende come logica conseguenza che l'opera mia non è, nè può essere, quella di trattare e discutere gli argomenti comuni di clinica medica, ma di attenermi soltanto a quelli che si legano direttamente colla medicina ostetrica, in guisa che le *funzioni*, ch'io amerò chiamare coll'epiteto generale *di maternità*, le funzioni cioè di gravidanza, parto, puerperio ed allattamento, formino per così dire il perno del mio studio clinico. Così è che tutte le mie osservazioni si diressero a ricercare il nesso eziologico e patogenetico fra la condizione morbosa e la condizione fisiologica, in altri termini, cioè, a rilevare quando la condizione fisiologica sia stata *causa* e quando *substrato di malattia*, e ad investigare i rapporti reciproci e la mutua influenza nei quali si tennero le singole funzioni di maternità e le malattie accidentali comuni.

Da questo piano generale di studio clinico discesero

quindi le suddivisioni principali dell'argomento, le quali in complesso si riducono a stabilire per ognuno di quegli stati fisiologi:

I. Quando possano, e perchè modo debbano essi considerarsi quale *causa assoluta*, sia *diretta* od *indiretta*, sia *determinante*, di malattie, in sistemi ed organi non inservienti alle funzioni di maternità:

II. Quando e sotto quali condizioni diventino essi stessi uno stato morboso in conseguenza di allontanamento dall'ordine e dal decorso fisiologico:

III. Come forniscano il *substrato* a condizioni speciali esclusivamente loro proprie:

IV. In qual modo e sul decorso di quali malattie accidentali intercorrenti, fra le comuni, portino influenza.

V. E viceversa, da quali di queste ultime e per che modo i momenti fisiologici di funzioni materne ricevano impressioni ed alterazioni nel loro andamento regolare.

Non è per solo desiderio di novità che mi scostai dal metodo adottato dalla pluralità nello stendere rendiconti speciali medico-ostetrici, quello, cioè, di dividere per sistemi ed ordini le osservazioni cliniche, mostrando quante volte i singoli organi e sistemi siano caduti in istato patologico durante gli stati fisiologici di maternità: metodo seguito pure dalla clinica comune e che potrebbe essere detto anatomico. Io ho voluto considerare invece la gravidanza, il parto, il puerperio, l'allattamento sotto quei cinque punti essenziali di vista, per dare da prima il vero carattere specialistico al lavoro, di poi per tenere una via più fisio-patologica, infine per mettere in chiara luce la vita attiva e passiva (mi si perdoni l'espressione) delle singoli funzione materne, mostrando per quali vie e per quali conseguenti la donna sia tratta a patire nel fungere il sacro ufficio di madre.

È poi precipuo intento mio di considerare dal lato patogenetico le diverse forme morbose dalle quali ci ap-

pariscono travagliate le donne, lorchè il loro organismo versa in quelle condizioni speciali; perchè io ritengo che per questa via le interpretazioni dei fenomeni, i concetti patologici, la direttiva terapeutica risultano più logici, più prossimi al vero ed al naturale.

La *mestruazione*, altra funzione femminile, sulla quale dirò tutto quanto mi fu dato raccogliere di praticamente utile, troverà meglio il suo posto nella seconda sezione del lavoro, cioè nelle malattie degli organi sessuali fuori delle funzioni di maternità; in una appendice per ultimo figureranno alcuni casi isolati di speciale interesse che non appartengono alle prime due divisioni e che pure si legano all'organismo femminile.

Ommetto totalmente qualunque prospetto del numero totale o parziale delle inferme accolte nel comparto, della degenza loro complessiva e media, e qualunque tabella nosologica, sì perchè l'ordine fisiologico patogenetico forma in tale lavoro la base assoluta, sì perchè queste non sarebbero che una riproduzione delle tabelle inserite nel rendiconto della beneficenza dello Spedale Maggiore pubblicato dal cav. direttore Verga Andrea (1) per gli anni solari 1861-62-63, dove con compiacenza vedo da quell'egregio medico ricordati i miei lavori di specialità fatti di pubblica ragione in vari giornali e alcune osservazioni staccate, di cui diedi comunicazione ad intervallo alla Direzione dello Spedale.

Chiudo col ringraziare i signori medici primarj dott. Marieni, defunto dott. Ghiotti, e dott. Chiapponi, i quali nel decorso degli anni precedenti la riforma del comparto ebbero la indulgenza di permettermi lo studio delle forme più interessanti della specialità che coltivo con predilezione, lasciando che facessi largo uso dei mezzi esplora-

---

(1) Milano, tipografia Francesco Manini, 1865.

tivi, ed esperissi i diversi trattamenti, non solo a profitto delle pazienti, ma anche della mia particolare istruzione: il che nel giro di sette anni ebbi pure agio di fare ampiamente negli intervalli di tempo, talora lunghi, in cui la Sala fu affidata esclusivamente alle mie cure per mancanza o sostituzioni del medico dirigente.

Ai casi pratici propri al comparto dell' Ospitale mi permetterò di aggiungerne alcuni della mia pratica privata a schiarimento e convalidazione dei primi quando il caso lo richieda, od altri che mi sieno stati gentilmente esibiti da collega ed amici miei.

Divisione I. — *Medicina ostetrica.*

Sezione I.ª — *Gravidanza.*

Capitolo I. — *La gestazione considerata come causa assoluta, diretta ed indiretta, di malattia nei varj organi e sistemi.*

Di tutte le funzioni materne è indubbiamente e necessariamente la gestazione quella che ha la maggiore influenza patologica; e ce lo dice *a priori* l'importanza che meritano per sè soli i mutamenti materiali visibili e rapidi dell' organo gestante, gli atti complessi di cui consta la funzione e la durata della stessa. Nell'attribuirle facoltà morbifiche, è necessario che io designi dapprima le vie per le quali essa giunge per sè sola *in via assoluta* a trarre in compassione tessuti, visceri e sistemi, che non prendono parte diretta al lavoro fisiologico, tenendo però calcolo anche delle accidentali condizioni nelle quali l'organismo intero e le parti di esso trovavansi antecedentemente, acciò sia valutata con equa misura la parte che nell'ammalare dell'individuo spettò più o meno strettamente alla gravidanza, ossia quando *direttamente* e quando *indirettamente* questa sia stata causa di malattia.

§ 1.° *L'azione meccanica della gravidanza quale causa* a) *di disordini idraulici nel circolo,* b) *di alterazioni materiali nel centro circolatorio, nel respiratorio, nell' apparato intestinale, nei reni, e nel sistema cutaneo,* c) *di fenomeni morbosi nel sistema nervoso periferico.*

Per incominciare dalla più ovvia, dalla più comune azione sua morbifica, dirò dell'*azione meccanica* portata dal viscere gestante sui diversi sistema ed organi.

Senza confronto prevalenti per frequenza a tutti gli altri, furono i fenomeni derivanti dalla materiale condizione della gravidanza, dallo *sviluppo-uterino*; il quale indipendentemente da qualsiasi altra ragione e pel fatto solo del volume che va acquistando entro al ventre, in guisa da occuparne la maggior parte di capacità, deve necessariamente esercitare un' azione materiale meccanica sui visceri, organi e tessuti addominali; i quali poi a loro volta obbligati a cedere il loro posto naturale, a soffrire dislocamenti, pressioni, restringimenti delle loro cavità, diminuzione della loro naturale mobilità, sono danneggiati nel rispettivo libero esercizio funzionale.

Io non vorrò qui ripetere una descrizione dettagliata della posizione dell'utero nei varj mesi di gestazione, nè i rapporti che desso tiene coi visceri del ventre nell' innalzarsi entro a questa cavità. Già lo feci diffusamente nel mio lavoro sulle malattie del circolo e del respiro per l'azione meccanica della gravidanza (1); entro quindi direttamente nella parte pratica dell'argomento.

Il peso del viscere, la sua naturale inclinazione all'innanzi, mentre si appoggia contemporaneamente sull'in-

---

(1) « Annali Universali di medicina ». Vol. 185, fascic. di luglio ed agosto 1863.

gresso pelvico portando compressione sulle vene iliache, sono cause dei frequenti *edema agli arti inferiori* ed al *pudendo*, che più o meno presto sogliono manifestarsi nelle gestante: è un fenomeno che inquieta assai la donna e che lascia in essa una impressione spiacevole, si perchè, invitate da pregiudizj e da antichi insegnamenti, la credono espressione di condizione viziata degli umori, quanto perchè la tensione della cute dà loro molestia, prurito e talvolta vero dolore, il quale si fa sentir vivo nell'esplorazione. Il dito del chirurgo talvolta non arriva in quest'atto a toccare l'orificio, tanto è enorme il volume che hanno raggiunto le grandi e le piccole labbra.

Accadde persino non rare volte che la compressione patita dal lasso cellulare del gran labbro vi abbia indotto una vera mortificazione centrale: da ciò un ascesso lento, subdolo, che termina coll'aprirsi spontaneamente e dar luogo in ultimo alla sortita di stracci di tessuto mortificato, lasciando una piaga fistolosa di lenta guarigione nel centro del gran labbro intumidito.

Non furono rari simili esempi, e si dovette ricorrere alcune volte all'oncotomia ed alle consecutive injezioni detersive eccitanti ed astringenti per accelerare la chiusura del seno fistoloso.

Non è raro che il flemmone del cellulare del gran labbro si estenda all'indentro fino ai contorni della ghiandola vulvo-vaginale dell'Huguier: in tal caso, dopo la spaccatura dell'ascesso esterno, dal quale si ebbe molto pus e tessuto cellulare necrosato, rimane un seno fistoloso profondo di difficile chiusura ed un induramento della ghiandola e dei tessuti profondi di lentissima risoluzione.

Uno di questi esempj mi fu offerto da una giovane contadina, nubile, primipara, accolta nella Sala Maddalena il maggio 1864; ed un secondo, che richiese lunghissima cura e molteplici sussidj in una signora unghe-

rese, d'abito linfatico, di aspetto gracilissimo, gravida per la seconda volta, e che dalla lunga suppurazione sofferse assai nel generale e richiese una cura ricostituente assidua.

A limitare l'edema trovai vani affatto i bagnoli freddi e di acqua vegeto-minerale a scopo astringente; dura l' effetto finchè dura la causa, la pressione cioè sul circolo venoso. La posizione orizzontale e la fasciatura a scopo compressivo (compresse e fascia a lettera T sul pudendo) valgono come palliativi e come freno a maggiore distensione delle parti edematose. Ma a prevenire gli inconvenienti succitati, l' ascesso, la mortificazione del cellulare, trovai migliore rimedio la puntura della cute, ripetuta anche quotidianamente, allo scopo di dar passaggio allo siero versato nei tessuti e di togliere così lo strozzamento che questi soffrono. Il pericolo della gangrena del pudendo, che si vuole da molti come conseguenza di tale operazione, mi tenne sulle prime guardingo assai dal ricorrervi, ma potei ben presto accorgermi che tale timore è esagerato e che la confidenza in questo mezzo deve esser maggiore e larga.

Io pratico ormai la puntura della cute e della mucosa del pudendo esterno con un finissimo ago nei punti più declivi ad ogni caso che il dolore, la sensazione di molestia si manifestino, e finora non ho a lagnare alcuna triste conseguenza. Anzi posso asseverare che dacchè soglio estenderla con franchezza maggiore, diminuiscono i casi di ascessi consecutivi, quali conseguenze della necrosi cellulare sottoposta. La compressione digitale moderata e continua del pudendo, dopo le praticate punture, provoca l'uscita e lo sgorgo della sierosità e lo avvizzisce tosto: l'applicazione in seguito delle pezze ghiacciate porta sollievo al pizzicore delle punture praticate.

All' edema esterno corrisponde quasi sempre edema-

zia anche del pudendo interno, della vagina e del segmento inferiore uterino, poichè il sangue delle vene emorroidali, delle uterine, delle vaginali (confluenti viscerali dell' ipogastrica) non può più esser versato in quest' ultima, la quale soffre compressione. All' esplorazione infatti si rilevano le suddette parti del pudendo interno tumide, edematose, flacide. E tale stato non è indifferente di certo, nè trascurabile, poichè predispone e rende facili le escare gangrenose del canal vaginale e del pudendo, che si vedono nascere nelle donne edematose anche per un travaglio di *durata e di difficoltà ordinaria.* Simili esempj si mostrarono nel comparto in buon numero, e in alcune donne che ebbero a sgravarsi in Sala tali accidenti si verificarono dopo esser stati previsti. Tornerò su di essi più in avanti (sezione Puerperio). L'edema degli arti inferiori (compressione delle vene iliache esterne), delle pareti addominali, delle natiche, dei lombi (compressione dell' ipogastrica in cui immettono l' epigastrica, le otturatorie, le glutee, le ileo-lombari) meriterebbero ogni riguardo per l' impressione spiacevole che ne riceve la donna e per l' impedimento che le arreca nei movimenti. Ma l' impotenza nostra contro questi fenomeni ci consiglia a non usare alcuno dei mezzi impiegati dalla pluralità, diuretici, temperanti, ecc., coi quali non togliamo di certo l' azione meccanica esercitata dall' utero sulle vene, anzi turbiamo molte volte l' ordine e la regolarità delle funzioni digerenti a maggior discapito della condizione generale. Ricordo sempre come esempio raro di enorme edemazia il caso della Passani Maria (11 marzo 1862) narrato alla 18.ª osservazione clinica del mio citato lavoro: la dimensione circolare enorme che aveva raggiunto il suo ventre ed il suo dorso, in guisa da rappresentare la vera *mola idropica*, dovevasi in essa al solo spessore della cute e del cellulare infiltrati di siero, tanto da triplicare la più adiposa parete addominale che si possa

immaginare in individuo polisarcico; ricordo pure come la tensione della cute in questa donna, al pari che in altre molte, inducesse dolor vivo, rossore resipelaceo, e richiedesse lancettature ed applicazioni di mignatte ripetute a solo scopo depletivo dello siero e del circolo stagnante.

Mi occorse in alcune donne di osservare un certo rapporto fra l' edema agli arti e quello ai lombi ed alle pareti addominali; quando la donna sta alzata, cresce il primo e decresce il secondo; e viceversa poi quando ha riposato nel letto tutta notte. Tale alternare di edemazia devesi unicamente: 1.° alla maggior pressione che, a sollievo delle vene iliache interne, l'utero nella posizione eretta del corpo esercita di preferenza sulle vene iliache esterne, a motivo anco della naturale sua inclinazione anteriore; 2.° alla maggior pressione che per converso esercita sulle ipogastriche quando la donna è sdrajata, correggendosi spontaneamente l' inclinazione anteriore.

Gli è per tale motivo che il suggerire il riposo continuato a letto, se giova per un lato, è di danno per un altro lato. Io non faccio mai altro che qualche piccola incisione colla punta della lancetta là dove la tensione della cute provoca dolore e può minacciare risipola. Il che avviene di preferenza ai lati del ventre, fra le coste spurie e le creste iliache, massime quando per altre ragioni la donna è obbligata ad una prolungata degenza nel letto, ed al dorso ed ai lati del piede, dove il legamento armillare, che non cede, duole per la soverchia distensione, e fa tendere maggiormente la cute che gli sta al davanti e copre metatarso e dita. È inutile che io mi dilunghi su questo argomento, giacchè di questi fenomeni meccanici riferibili ai tessuti ed organi posti al dissotto dell' utero gestante ho parlato già per esteso nello speciale articolo intitolato: *Stasi venosa inferiore* dello studio già citato.

Non perdo parole su le varici degli arti inferiori, provenienti dalla pressione che l' utero gestante esercita sulle vene iliache: sono fatti troppo comuni: e mi basterà accennare alla duplice origine delle emorroidi rettali nelle incinte, da pressione diretta esercitata sulla cava ascendente e da impedito sgorgo delle vene emorroidali; a cagione della stipsi frequente e talvolta ostinata, causata dell' arresto meccanico delle materie fecali entro alle ultime porzioni del crasso discendente. Ricorderò inoltre un raro esempio di varici del pudendo esterno e della vagina, avuto in certa Ferrario Caterina, di anni 54, pluripara, abitante in Cernusco Asinario, nella quale le varici delle grandi e piccole labbra e della metà anteriore del canal vaginale costituivano una rete estesa e voluminosa, con distensione così viva della mucosa da patirne prurito insopportabile e dolore subcontinuo: nessuna applicazione locale astringente o calmante ha valso: qualche vantaggio ritrasse solo quando le feci tenere un tampone di stoppa e filaccia in vagina per più giorni, lasciando qualche ora di riposo, onde esercitare una pressione moderata su quelle vene: ma non era questo di certo il mezzo atto a guarire il vizio, destinato a rimaner sempre, a meno che si fosse voluto tentare la puntura delle varici in varj punti o la injezione di percloruro ferrico allo scopo di provocarne la ostruzione: il rischio però cui si sarebbe esposta la paziente era maggiore di gran lunga degli incomodi ch' essa pativa. Laonde fu dimessa dal comparto nelle medesime condizioni per le quali vi aveva cercato ricovero.

Degli altri fenomeni dovuti ad eguale origine e riferibili ad organi e visceri posti al dissopra dell' utero, io feci una seconda serie, ponendola sotto il titolo di *iperemia meccanica arteriosa superiore* (1), e ricordai ana-

(1) Articolo 2.° del cit. mio lavoro.

tomicamente come l'utero gestante debba premere col suo fondo e colla sua parete posteriore sull'albero arterioso addominale, incominciando dalle arterie iliache esterne e dalle primitive, venendo fino all'aorta lombare e alla dorsale, mano mano che raggiunge il massimo suo sviluppo.

È questa una pressione che deve accagionare una *imperfetta distribuzione* del sangue, in meno, cioè, nelle parti inferiori, in più nelle parti superiori, al punto in cui i grossi vasi arteriosi soffrono compressione. Dalla pressione dell'aorta e delle iliache avremo un difficoltato passaggio del sangue dalle parti superiori, dal centro (cuore) alle inferiori, in guisa che le superiori patiranno di replezione, andranno soggette ad una iperemia arteriosa di origine meccanica passiva.

La continuità dell'albero vascolare, il libero circolare del sangue, il normale impulso del cuore, sono le condizioni necessarie per un uniforme espandersi del liquido vitale e per la normalità di esercizio funzionale e di nutrizione degli organi e tessuti del corpo.

Nessuna meraviglia dunque se nascono fenomeni morbosi in quei visceri che trovansi al dissopra della pressione sofferta dal maggiore albero arterioso e che patiscono necessariamente di replezione sanguigna, alla stessa guisa che vedemmo soffrire per ostacolo di circolo le parti poste al dissotto di quella pressione. Come conseguenza idraulica poi di questa iperemia arteriosa meccanica, avremo un risentimento uguale anche nella circolazione venosa per l'intermezzo del cuore e dei polmoni, cioè della piccola circolazione, la quale necessariamente deve essere inceppata: ingombro arterioso negli organi toracici che rende imperfetto il vuotamento del ventricolo destro, quindi difficoltato circolo nell'albero venoso, stasi nelle cave ascendente e discendente e nelle vene viscerali che in quelle si versano.

E qui torna acconcio l'accennare alla *ipertrofia* cardiaca normale del ventricolo sinistro del cuore durante la gravidanza, che il Larcher (1) trovò in un terzo delle donne morte incinte, o appena sgravate: osservazione confermata da Zambago, da Beraud e da Blot recentemente. Non insisterò su questo argomento, del quale già parlai a lungo nel mio citato lavoro, esponendo le deduzioni fisio-patologiche che mi erano dettate dai fatti clinici; dirò solo come io differisca da Larcher e da coloro che vogliono tale ipertrofia derivi dall' aumento di forza formatrice (*nisus formativus*) e dallo stato pletorico, poliemico, in cui trovasi l' organismo femmineo durante la gestazione: per me tale atto anatomico, lo ripeto qui, deriva dall' aumento di forza, prolungato a lungo, che deve impiegare il ventricolo sinistro per spingere la massa sanguigna alle parti dell' albero arterioso che sono inferiori al punto di pressione patita dall' aorta addominale; e godo di vedere recentemente in Joulin divisa in certo modo tale opinione (2) ove dice che il fenomeno in discorso è creato da un aumento di forza circolatoria necessitato da un'estensione della funzione; al pari di me poi egli ricorda l'esercizio maggiore del cuore, e la maggior resistenza del polso nelle gestanti.

Un altro fenomeno che rilevai ascoltando il cuore nelle gravide, si è un prolungamento dolce ed un carattere soffiante del primo tono cardiaco, indipendente da qualsiasi vìzio organico e legato soltanto alla mutata condizione del cuore; prova ne sia che scompare gradatamente dopo lo sgravio e quanto più la donna si allontana da quell'epoca. Le sezioni cadaveriche, come già ac-

---

(1) « Comptes-rendus de l'Acad. des sciences de Paris », 1857, 2.ª serie, pag. 719.

(2) « Traité complet d'accouch. », 1866, pag. 384.

cennai, hanno poi confermato anatomicamente il fatto, nè mi giova più dilungarmi su tale argomento; solo faccio notare quale e quanta influenza possa avere sulla vita della donna una tale condizione materiale cardiaca e quanto dessa sia frequente e la si veda accennata anco per lo passato da altri, senza che però se ne sia investigata la ragione fisiologica.

Della frequenza di questa alterazione in gravidanza fanno fede i molti casi che io stesso verificai in donne le quali poco dopo lo sgravio morirono per cause diverse; fanno fede le storie e le sezioni cadaveriche che trovansi sparse nei rendiconti dell' Istituto di Santa Caterina in Milano, di cui alcune sono inserite nella mia Memoria sulle malattie del circolo e del respiro, ecc. (1).

La gravezza infine e l' importanza di questa temporanea ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro, non ha d' uopo di esser discussa: e mi varrò dell' esempio occorso nel comparto Maddalena nella gravida Angeli Teresa (2) nella quale una replezione di stomaco per molta quantità di cibi ingesti bastò a ridurla cadavere in pochi momenti sotto gli urti del vomito, mentre una ipertrofia rilevante delle pareti ventricolari sinistre, congiunta ad assottigliamento delle destre, rimanendo normale la compattezza e la tessitura del miocardio, fu la causa di una sincope micidiale. In essa nessun patimento cardiaco in passato; la condizione edematosa dei polmoni ed i disturbi circolatorj datavano dal principio del 7.° mese. Fu operata di taglio cesareo *post mortem.*

Posti questi principj anatomici e quasi di meccanica idraulica, mi riesce facile spiegare le condizioni patologiche frequenti onde vanno soggetti le incinte e per le

---

(1) Vedi « Annali univ. », 1863.

(2) Mem. citata.

quali ripararono sempre nel maggior numero in questo comparto, catarri bronchiali, edema polmonari, diarree sierose, albuminuria, edema generale sottocutaneo delle parti superiori.

Io non spenderò parole per contraddire all' opinione pur troppo radicata in molti per la quale si vuole siano tutte queste forme di essenza flogistica congestiva, e pertanto viene posto in pratica un trattamento corrispondente depletivo. — Mi basterà di accennare a fatti clinici e necroscopici, convinto che solo dopo la conferma avuta da questi può il medico edificare teorie, enunciare idee utili, vere, asserendo non senza soddisfazione e franchezza esser io stato il primo ad interpretare in tale senso le accennate condizioni morbose ed a ricondurle alla loro vera patogenesi (1). M' ha meravigliato, leggendo l' opera di Churchill (2), la pochezza di sode idee patologiche agli articoli delle affezioni respiratorie e circolatorie in gravidanza, e la confusione ch' egli fa in proposito dei fenomeni da quelle derivanti: le cognizioni di fisio-patologia vi fanno difetto in quel punto, come in altri, e mettono la parte delle malattie in gravidanza assai al dissotto per merito della parte essenzialmente ginecologica. Gardien, Puzos, Capuron parlano solo dell'edema delle estremità inferiori che vogliono, in taluni casi di natura *infiammatoria*, acuto, progrediente, in taluni altri di natura *cronica*, atonico, passivo: nè punto accennano all' edema viscerale. Nell' opera recentissima di

---

(1) Il dottor Pensa, d'Alessandria d'Egitto, cultore diligente della specialità, in un interessante suo studio « *Sulle cause delle malattie delle donne gravide* » mi fa recentemente l' onore di dichiarare questo mio merito e procurarmi una compiacenza di cui gli sono gratissimo.

(2) « Traité pr. des mal. des femmes ». Paris, 1866, deuxième partie.

Cazeau, commentata da Tarnier, i fenomeni respiratorj e circolatorj in gravidanza sono bensì ricordati, ma non vi ricevono interpretazione soddisfacente; e infine Scanzoni stesso non fa che accennare alla frequenza dell' edema polmonare nelle incinte, senza ricercarne la ragione eziologica, dalla quale soltanto (è d' uopo confessarlo) la terapia riceve logico e utile indirizzo.

Questo modo di ammalare dell' apparato respiratorio dà nel nostro comparto il numero maggiore di ricoverate, ed io dovrei riprodurre sempre l' eguale racconto se d'ognuna volessi dare la storia clinica (1). Ognuna raccontò presso a poco quanto io vi andrò narrando. Dal 5.° al 6.° mese cominciò in esse a sopravvenire tosse e lieve difficoltà di respiro, crescenti col progredire della gestazione, quasi sempre senza fenomeni febbrili: il catarro fattosi abbondante, presto venne a turbare il tranquillo sonno e a rendere necessaria la posizione seduta sul letto durante la notte; ricorso al salasso anche ripetutamente, fu *breve ed illusorio* il vantaggio, chè i fenomeni andarono facendosi sempre più intensi. È già la fine dell'8.° mese, è cominciato il nono, e la condizione della malata è sempre uguale, anzi l' edema delle parti inferiori si è esteso alle superiori; accessi dispnoici di tanto in tanto vengono ad incutere maggior timore del loro stato, le forze fisiche deboli, le digestive inerti, ed una diarrea sierosa viene ad aggiungersi e rendere queste ancor più meschine.

Si avvicina così il termine della gravidanza, e già due, tre settimane prima, accusano doloretti vaghi uterini, qualche contrazione preparatoria, intanto che il collo e

(1) Nella mia Memoria « Sulle malattie del circolo e del respiro, ecc. », trovansi registrate per esteso storie consimili in buon numero; alle quali molte ne potrei aggiungere di recenti, se non fosse opera inutile.

gli orifici subiscono i necessarj cangiamenti. Ma gli è un lavoro sordo, quasi inavvertito, lentissimo, che impiega talvolta 15, 20 giorni, prima che si possa dire d'essere assolutamente vicini al momento del travaglio. È l'utero che partecipa allo stato generale di adinamia, di lassezza, e che non sa più opporre resistenza alla pressione interna esercitata dal contenuto: sono gli sfinteri naturali dell'utero che perdono la loro attività contrattile, cedono alcun poco e permettono che la parte fetale più bassa vi si appoggi; lo stimolo, da questa portato al segmento inferiore, induce allora eccitamento riflesso al corpo dell'utero, e di qui le contrazioni che però sono deboli, tarde, e la preparazione al parto lenta, indecisa. Una volta distesi gli orifici a sufficienza, l'espulsione avviene rapidamente e talvolta senza che la si preveda; poche contrazioni, pochi e lievi dolori; assomiglia ad un vuotamento passivo più che ad un'espulsione attiva, perchè manca la reazione fatta dagli sfinteri naturali. E qui debbo avvertire a due cose: 1.º il distacco quasi sempre preparato a principio e completo della placenta, appunto perchè lenta, graduata la retrazione del tessuto uterino; 2.º la facilità delle emorragie consecutive per incapacità della fibra muscolare a mantenere lo stato di retrazione.

Maggior sorveglianza quindi e prontezza di soccorsi in tali casi, se non si vogliono avere conseguenze funeste.

Vuotato l'utero, calmato l'eccitamento temporaneo dovuto agli sforzi del travaglio, se nessuna complicazione puerperale viene a turbare l'ordine fisiologico delle cose, gradi a gradi, in uno spazio di giorni più o meno lungo, nella media circa di quindici giorni, primo l'edema, secondi i fenomeni circolatorj e respiratorj vanno dissipandosi, e più non rimane traccia del turbamento sopportato per cause meccaniche. In questo quadro, al quale mancano pure altri tratti che seguiranno in appresso,

noi scorgiamo dapprima uno stato iperemico bronchiale, indi un vero catarro diffuso dei bronchi, e alla fine un'effusione sierosa del parenchima polmonare (edema): e la stetoscopia ce ne dà l'appoggio nei rantoli sonori, nei rantoli crepitanti a grosse e fine bolle; espressioni tutte dei succitati stati bronchiali e vescicolari, giustificati poi dagli stessi reperti anatomici. La pressione patita dall'aorta addominale provoca difficile vuotamento del ventricolo sinistro, e quindi rigurgito nell'orecchietta sinistra ed in quella parte di vene bronchiali che sappiamo versarsi direttamente nelle vene polmonari (mentre l'altra si versa nell'azigos e nella cava): da ciò *iperemia bronchiale* e *parenchimatosa.* Si aggiunge poi il diretto aumento di pressione che esercita il sangue arterioso nelle arterie bronchiali, a cagione ancora del rigurgito che soffre la corrente sanguigna nell'aorta al dissopra del punto in cui l'utero gestante la comprime e ne strozza il libero ampliarsi: *flussione collaterale* (Virchow) che si aggiunge all'iperemia suddetta.

Egli è poi per la stessa causa e per la stessa via che si stabilisce un soverchio riempimento, un'anormale distensione delle vene polmonari, e di necessità un lento, ma continuo e prolungato trapelamento della parte fluida dalle pareti dei capillari entro alle vescichette polmonari ed alle ultime diramazioni bronchiali, costituendo il vero *edema polmonare*: condizione che è verificata dall'orecchio mercè la percezione di una *risonanza minore della base toracica e di rantoli umidi fini*, più intensi verso la base, declinanti verso le parti alte; s'aggiunge lo sputo sieroso fluido, talvolta un pò tinto di sangue, e schiumoso, entro cui nuota il secreto bronchiale, separato in piccole masse dense, giallastre.

Ma non è solo nei visceri della piccola circolazione, bensì in quelli ancora della grande, che si fanno sentire

questi sconcerti idraulici di primo grado. L'intestino e i reni ce ne danno segni evidenti. Il primo con diarree sierose ostinate, le quali manifestansi più tardi dei fenomeni di petto, sono ribelli ai comuni mezzi terapeutici, vanno crescendo in intensità nelle ultime settimane di gestazione, e che appena vuotato l'utero decrescono con una prontezza sorprendente, per scomparire in pochi giorni del tutto. Sono diarree che riconoscono la stessa condizione morbosa dell'edema polmonare, cioè una stasi del circolo arterioso e venoso dell'intestino (*vene e arterie mesenteriche*) compresso, spostato, impedito ne'suoi liberi movimenti, una conseguente ipersecrezione di muco ed un trapelamento pari di siero dalla parete della mucusa entro il lume del tubo intestinale.

Così è dei reni, nei quali uno stato congestivo pure si stabilisce dietro compressione del circolo addominale: inceppata la piccola circolazione, reso difficile per questo motivo lo svuotamento delle vene renali, si ha una congestione passiva, una remora venosa che si estende di necessità ai capillari ed al circolo arterioso: diminuisce così la quantità di sangue percorrente in un dato tempo il parenchima renale, il quale riceve per ciò una minore quantità di materiali e conseguentemente secerne una quantità minore di urine: e in vero tutte le incinte soffrenti di stasi circolatoria generale accennano a tale fenomeno e intimidite vi dicono « *urino poco* ». Pel fatto poi della pressione laterale patita dalla rete capillare, avviene che il sangue da quest'ultima si versa a stento nelle vene, già esageratamente tese per l'impedito loro deflusso: per modo che necessariamente avviene uscita di plasma sanguigno dai capillari renali entro ai canaletti uriniferi e presenza quindi di albumina nelle urine.

È accennata da tutti come causa di flussione renale la compressione delle arterie iliache e dell'aorta, non che l'impermeabilità della vena cava: Frerichs lega ne-

gli animali la vena renale o l'aorta al dissotto dell' origine delle arterie renali, e Claudio Bernard irrita i nervi di questo nome determinando così acceleramento del circolo e congestione sanguigna dell'organo; amendue ottengono costantemente albuminuria: Vander Donckt (1) ricorda la compressione che debbono soffrire i reni, massime il sinistro, quando lo sviluppo dell'utero sia considerevole per feti multipli, per idrope dell'amnios: Langheinrich (2) narra cinque osservazioni tolte dalla clinica di Scanzoni, in cui per contrazioni violente e sforzi grandi *essendo* l'*utero* spinto all'indietro a comprimere vasi e reni, si vede apparire l'albumina nelle urine: Braun su quaranta casi di albuminuria notò una gravidanza gemella, due ristrettezze pelviche e più volte abbondanza di acque amniotiche: Litzmann e Braun hanno notato l' accrescersi dell' albumina durante tutto il travaglio e in proporzione della sua durata: e infine Litzmann nella sua Memoria sulla malattia di Bright, su tredici casi di donne incinte, ne nota cinque aventi gravidanza gemella, altre portanti feto di volume considerevole od idramnios abbondante, altre aventi l'utero in posizione assai elevata. Tutti per ultimo si accordano nel fatto della cessazione dell' albuminuria dopo l'espulsione del feto e in quella d' aver trovato alla tavola anatomica nulla più che iperemia renale, talvolta d'un solo lato, a spiegare il passaggio dell'albumina nelle orine (Blot, Devilliers, Regnault ed altri).

Questi casi corrispondono esattamente a quelli da me osservati, ed è infatti da queste cause stesse transitorie, legate al solo sviluppo temporaneo dell'utero, che vanno derivati i fenomeni renali suddetti.

---

(1) « Des convulsions puerpérales », 1864, pag. 10.

(2) « Beiträge zur Geburtskunde und Gynœckologie 1855 », pag. 40-43.

Da diversi anni in qua io ho per abitudine di esaminare le urine di tutte le gestanti edematose, anassarcatiche, avendo cura di estrarle direttamente a mezzo della siringazione onde non siano commiste al muco vaginale che accompagna spesso in abbondanza il loro stato: e posso assicurare che delle molte le quali presentarono albuminuria negli ultimi mesi di gravidanza, la maggior parte non presentarono più tale fenomeno pochi giorni dopo lo svuotamento dell' utero, col ritorno cioè del libero circolo sanguigno generale e col conseguente dissiparsi della congestione passiva stabilitasi nell'organo secretore dell'urina.

È però a notarsi l'incostanza del passaggio dell'albumina nei primi tempi della sua apparizione; talchè la si vede mancare per alcuni giorni, ricomparire di poi, oggi trovarsi in grande quantità, ora in minore, senza che se ne possa dare una ragione fondata.

E qui mi arresto un momento per due motivi: il primo per dire che non senza valore è il passaggio anche temporaneo dell'albumina colle urine, giacchè desso, come ha in ogni caso grande influenza sulla produzione dei versamenti, lo avrà certo anche nel caso speciale delle malate di cui parlo; anzi v'è ogni ragione per credere che tale influenza riesca maggiore a motivo dei concomitanti fenomeni polmonari ed enterici e dello stato in cui già trovasi il sangue delle incinte di diminuzione di albumina, siccome mostrano le ricordate ricerche ematologiche di Andral e Gavarret, Becquerel e Rodier. — Il secondo motivo è per annunciare sin d'ora che ritornerò in altro punto del lavoro sul fatto dell' iperemia renale meccanicamente prodotta in gestazione, per mostrare come possa diventare punto di partenza di processi organici patologici e gravi nei reni.

Si è dato troppo peso alla presenza dell'albumina nelle urine quando la si volle pronostico infallibile di accessi

eclamptici: nella Sala Maddalena in sette anni di esercizio non una delle gestanti albuminuriche vidi colta da eclampsia nè prima, nè durante, nè dopo il parto; e notisi che le anassarcatiche costituiscono una classe di inferme che non lascia mai il comparto se non dopo lo sgravio, per il difficile e pericoloso loro trasporto, per sapersi incapaci al lavoro a domicilio, pel timore grande che hanno del loro stato, per la minaccia continua di parto anticipato.

Questo che espongo è un fatto assoluto e del quale ognuno deve tener calcolo per giudicare con maggior criterio i due fatti, *albuminuria ed eclampsia*; nell'apprezzamento dei quali due fenomeni morbosi, i più non hanno tenuto calcolo, io penso, di tutte le circostanze atte a chiarire la singola origine loro ed a demarcare con giusta misura il nesso patologico fra di essi esistente; e in vero nè sempre l'albuminuria è seguita da eclampsia, nè sempre l'eclampsia è accompagnata da albuminuria; anzi vediamo casi in cui l'albuminuria è consecutiva all'eclampsia, come Depaul (1) e Breslau di Zurigo (2) hanno diverse volte constatato.

Se fin qui, per appoggiare i fatti esposti di origine meccanica, mi soccorsero la semiotica e il fatto clinico, ora chiamo a testimonio ed a prova più sicura il fatto anatomo-patologico. — Ogni qualvolta una di queste inferme venne in seguito ad essere vittima, o della diffusione ed aggravamento della condizione anassarcatica (come vedremo più avanti), o di una pneumonite quale associazione morbosa, o di una accidentale malattia qualsiasi dopo lo sgravio o di vero morbo puerperale, lo scal-

---

(1) « Gaz. des Hopitaux », 1854 pag. 6.

(2) « Monatschrift f. geburtskunde », 1860. Tom. XVI, pag. 414.

pello anatomico diede piena ed assoluta conferma ai concetti che mi era fatto dello stato dei polmoni e della mucosa intestinale.

Abbondante liquido scorrente sulle superficie di una sezione, schiumoso e per lo più tinto lievemente in rosso, mucosità anche dei medii e fini bronchi ; la mucosa dell' intestino tenue, più che quella del crasso, tumentosa, molle, coperta da muco viscido quasi incolore, meno dove è frammisto a materie fecali. — Ed è degno di rimarco questo stato della mucosa, perchè spiega come poco proficua, spesso vana riesca ogni medicazione astringente, tonica, ad arrestare la diarrea sostenuta dalla rilasciatezza organica, dall' inerzia, in cui è caduta la tonaca intestinale per l'imbibizione sierosa sunnotata, talvolta intensissima.

Un esempio dei più vivi mi fu dato dalla Banfi Angela (1864, 2 dicembre), d' anni 38, gravida sul principio dell' 8.° mese, la quale oltre tutta la serie intensa dei fenomeni di petto e dell'edema generale, il 14.° giorno di degenza ebbe dissenteria arrivata fino al grado di enterorragia, forse per rottura di capillari venosi tesi da soverchia stasi, poi cominciò ad aver diarrea, che crescendo gradatamente giunse a dare nelle 24 ore 12, 14 scariche di natura siero-mucosa, dal più al meno abbondanti: continuò in questo stato per 27 giorni ad onta dell'infuso e delle polveri di ipecaquana, delle polveri del Dower, degli oppiati, delle limonee vegetali e minerali, dell' acido tannico, del percloruro di ferro in soluzione, avendo ad intervalli brevi calme e brevi attenuazioni nel numero delle scariche. Finalmente giunta al termine della gravidanza, partorisce un bambino robusto, e mentre il giorno prima aveva avuto 9 scariche diarroiche, nella 1.ª e 2.ª giornata susseguenti al parto ne ha sole 4, e in cinque giorni l'alvo è frenato, ridotto alla funzionalità normale, non prendendo che due dosi di polvere del Dower e tamarindo in

polpa; rimedii riusciti inefficaci durante la gestazione. — Altre molte consimili, sebbene meno salienti, potrei citarne, ma è vana opera.

Le due inferme Corali Angela (30 aprile 1865) e Annunciata Sala (9 giugno 1865) gravide a termine, diarroiche da due mesi, senza fenomeni di stato irritativo gastro-enterico, avevano ventre insensibile affatto, pallida la mucosa delle prime vie, mancanza di calor febbrile, polsi vuoti, piccoli, frequenti. In tale stato venute a morte, la prima per la *profusione della diarrea*, la seconda per *emorragia uterina consecutiva alla sortita del feto*, in amendue, oltre l'edemazia dei polmoni, lo scoloramento generale dei tessuti e visceri tutti, l'anemia estrema dell'encefalo, si ebbe a trovare la mucosa gastro-enterica pallidissima, esente affatto da irrigazione vascolare fina, solita ad accompagnare il catarro acuto, coperta invece tutta di muco più o meno fluido, misto a secrezione sierosa abbondante: il tessuto della mucosa era tumido, flaccido, edematoso in alto grado. — In esse il parto fu spontaneo a 7 mesi per la prima, a 9 per la seconda.

Fra questi esempi dell'azione meccanica della gravidanza ho a citare due casi che sarebbero riusciti a tutta prima di difficile diagnosi, perchè mancanti di storia anamnestica, atta ad interpretarli, se non si fosse invocata la stasi superiore, causa delle alterazioni funzionali e materiali delle vie aeree che in esse si ebbero a riscontrare. L'uno mi fu offerto da certa Erba Ernesta, d'anni 21, contadina di Lissone (8 aprile 1865), e l'altro da certa Sacchi Cecilia, d'anni 23, contadina di Vigentino (15 marzo 1865).

Erano amendue al 6.° mese della loro prima gravidanza, l'utero disteso più di quanto doveva normalmente esserlo: avevano edemazia generale intensa delle parti inferiori e delle superiori, catarro bronchiale, segni di edema polmonare, albuminuria, dispnea maggiore nella Sac-

chi per versamento pleuritico destro; da un pò di giorni la loro *voce fioca* dapprima, era diventata *velata affatto* e *senza timbro*, talchè solo da vicino si potevano rilevare le parole articolate. Esaminate le fauci, se ne vedeva la mucosa pallida, tumida, le tonsille ingrossate, ma flaccide affatto: la Erba rimase in tale stato 21 giorni nella Sala, senza che una unzione di crotontillio alla gola e i gargarismi astringenti giungessero a rialzare la voce quasi perduta. Si pensava già a far uso del polverizzatore (nefogeno) per medicare direttamente l'organo vocale, quando viene colta da dolori uterini; precede stillicidio di sangue per prematuro distacco di placenta, in 13 ore conduce a termine un parto gemino di un bambino anencefalo e di un secondo dell' età di 5 mesi: nessun accidente consèguita al parto, il puerperio procede regolarmente, l'edemazia generale va scomparendo e con essa la *voce* già *nella* 4.ª *giornata* va *riprendendo* mano mano *il suo timbro e la sua forza normale*, senza che rimedio alcuno fosse portato localmente. La Sacchi invece è afonica da più di 29 giorni, dopo 5 giorni di degenza nella Sala partorisce due feti di mesi 6 (di cui l'uno morto); nel 21.º giorno di puerperio avendo perduta ogni traccia di edemazia sottocutanea, ha riguadagnato completamente timbro e forza normale della voce, sebbene le condizioni di petto e generali persistessero imponenti, come vedremo più avanti ritornando a questa malata.

La presenza di un doppio prodotto in queste due donne spiega, dietro il maggior volume dell'utero gestante, la prematura comparsa dell'edemazia generale in confronto delle gravidanze semplici, nelle quali compare più tardi, alla fine del 7.º, nell'8.º e 9.º mese. In queste due pazienti i disturbi di circolo venoso e arterioso, in ispecie l'iperemia meccanica superiore per la stessa ragione sopravvennero di buon'ora; il difficile vuotarsi della cavità sinistra del cuore portò i fenomeni bronco-polmonari; l'i-

peremia arteriosa da un lato e l'edema polmonare indussero stentato sgorgo del sangue delle cavità destre, e così le vene delle parti superiori, *comprese quelle degli organi vocali,* soffrirono di inceppamento: ne nacque effusione sierosa che si manifestò alle fauci col pallore e la tumidezza flaccida, ed alla laringe colla fiacchezza e perdita della voce per edema delle corde vocali. Tolto col parto l'ostacolo precipuo a tutto il circolo, si riassorbì l'edema dei tessuti, e con esso quello dell'organo vocale, ricostituendosi così la voce nelle condizioni fisiologiche.

Sono la solita causa ed i soliti effetti e fenomeni sviluppantisi sempre col medesimo ordine — che se in un soggetto la stasi meccanica dà segni prevalenti nell'intestino, in altro nell'apparato bronco-polmonare, ecc., la ragione unica e presumibile è quella della *predisposizione*: parola convenzionale, se si vuole, che non esprime un' idea concreta, perchè non spiega il vero, ma che ha un senso pratico assoluto, innegabile per qualunque malattia.

Ciò che si ha a notare si è od il pronto sviluppo, o il rapido crescere dei fenomeni circolatorj in quelle donne alle quali un idrope dell' amnios od una gravidanza gemella rendono di buon ora l' utero voluminoso e capace di portare gli ostacoli suddescritti alla circolazione sanguigna. Avvenne così di diverse inferme, fra le quali cito la Mazzola Maria (8 gennajo 1863) che fino a tutto il 7.° mese non ebbe a patire che di poco catarro bronchiale, poi soltanto nel decorso dell' ultimo mese si fece edematosa e rapidamente anassarcatica in grado estremo, avendo un parto gemello seguito da emorragia grave per arresto di placenta: e cito la Sacchi Cecilia (15 marzo 1865) che, primipara, gonfiatasi esageratamente per edema sottocutaneo generale già al 6.° mese di gestazione, presentava versamento pleuritico destro, voce fioca, affanno grave di respiro per edema polmonare diffuso, e portava gravidanza doppia. Migliavacca Maria (15 aprile 1863)

invece in pochi di al principio del 9.° mese, e Ferrari Caterina (2 dicembre 1862) in poche settimane, acquistano un ingente distensione generale della cute e fenomeni polmonari da infiltramento sieroso in causa di idropisia constatata dell'amnios.

Nè è privilegio unico della gravidanza quello di portare fenomeni morbosi simili per pura ragione meccanica: ogni altro tumore voluminoso entro al ventre induce i medesimi effetti, e me lo dimostrò in modo evidentissimo e con somiglianza grande di accidenti il caso della Bollini Maddalena (18 marzo 1865) portante un cistovario composto: all'epoca del suo ingresso la cisti aveva un volume poco maggiore di quello di un utero in fine di gestazione; e le urine presentavano già albuminuria discreta. Con una prima puntura si estrassero 9 chilogrammi di liquido filante, e con una seconda paracentesi 4 giorni dopo se ne estrassero altri 6 circa, riducendo così il tumore a meno della metà. Le urine presentavano già minore quantità di albumina prima della 2.ª operazione, e il 5.° giorno dopo questa, l'albuminuria era totalmente scomparsa.

Dopo quanto dissi intorno ai disturbi portati meccanicamente dall' utero gestante sui visceri della cavità pelvica, ventrale e toracica, argomento sul quale ritornerò altre volte nel corso della parte clinica di questo rendiconto, mi arresto un momento ancora sul fenomeno dell' albuminuria per considerarlo sotto aspetto più lato che non abbia fatto finora.

Se nella maggiore parte dei casi la presenza dell'albumina nelle urine è legata a semplice congestione passiva dei reni, ad alterazione puramente idraulica e dipendente dall' azione meccanica che esercita l' utero ingrandito sul circolo sanguigno addominale, in guisa che scompare più o meno prontamente col cessare della causa, è d' altra parte assolutamente vero che talvolta, vuotato l' utero, ripristinata la libertà della circolazione, l' albuminu-

ria persiste e lascia diritto a supporre che alterazioni più profonde si siano stabilite nell'apparato renale, e che queste siansi costituite quali cause permanenti, assolute ed indipendenti del grave fenomeno in discorso: e tanto più saremo autorizzati a così sospettare, quanto più il passaggio dell'albumina persisterà, oltre il parto, nel puerperio. Quale sia poi la condizione dei reni lorchè si verifica tale stato di albuminuria persistente, ce lo addita l'anatomia patologica, la quale ci insegna che da uno stato di semplice congestione e stasi a quello di vera flemmasia, di nefrite parenchimatosa, e da questa alla degenerazione adiposa, vi ha una scala breve, un passaggio facile e frequente. Che queste ultime condizioni materiali possano avvenire nelle incinte in seguito a prolungata iperemia meccanica, nè è contraddetto dalla patologia generale, nè è negato dal fatto clinico e dall'anatomo-patologico.

Infatti in tutte le mie osservazioni di tal genere, manifestatisi i primi fenomeni di stasi inferiore, poi di congestione passiva polmonare e di idroemia, l'albuminuria vi tenne dietro fino al termine della gravidanza, persistendo nei giorni di puerperio vissuti prima che la condizione anassarcatica le traessero alla tavola anatomica; ivi i reni offersero i diversi stadii della condizione speciale chiamata nefrite parenchimatosa, malattia cronica di Bright, nefrite albuminurica, lo stadio cioè congestivo iperemico, lo stadio essudativo avanzato, e lo stadio di degenerazione incipiente grassosa.

Cito qui i casi più salienti e genuini nei quali ho potuto assolutamente escludere tutte le cause (estranee alla accennata di meccanica congestione per effetto dello sviluppo uterino) capaci di indurre tali processi organici nel rene.

Arosio Maria, d'anni 36, contadina di Biassonno (19 dicembre 1864) fu anassarcatica e albuminurica nel 7.° e nell'8.° me-

se; a quest'epoca si sgrava nel comparto Maddalena; vi decombe 14 giorni con gravi fenomeni dispnoici per edema polmonare, e con raccolta ascitica, sempre mostrando passaggio di albumina nelle urine: il 15.° giorno subentrano fenomeni cerebrali, e muore la mattina del 16.° — La sezione, oltre l'edema diffuso polmonare, l'ascite, l'anemia generale, lo spappolamento della milza e il versamento sieroso dei ventricoli laterali del cervello, mostra ambo i reni aumentati di volume, friabilissimi, e pallidi; nel destro le piramidi sono affatto indistinte, nel sinistro si palesano dei punti in cui il parenchima è irrigato, rossiccio: al taglio danno siero torbido il destro, siero sanguinolento il sinistro.

Così fu della Biffi Carolina, contadina di Sellanova (14 aprile 1863) la quale, anemica, edematosa e portante ascite all'8.° mese di gestazione, dal 15 al giorno 18 presenta albuminuria, partorisce il 19; continua il passaggio dell'albumina colle urine il giorno 20, muore il 21 e alla sezione si rileva anemia ed edemazia universale, edema di ambo i polmoni, idropericardio, miocardio rammollito, con lieve degenerazione adiposa, ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro, assottigliamento delle pareti del ventricolo destro, milza friabile simile a feccia di vino, rene destro scolorato per anemia e infiltrato di abbondante sierosità; il *rene sinistro* molle, friabile, presenta colorito gialliccio del parenchima, infiltrazione generale sierosa, poco distinte le piramidi, le due centrali ingrandite fino a confondersi fra loro, l'albuginea facilmente staccabile e intorbidita.

Più intensa l' alterazione renale si è mostrata nei 4 casi seguenti:

Mussio Innocente, contadina di Villa Pizzone (10 maggio 1865), narra essere stata anassarcatica e dispnoica sulla fine della gravidanza; ci perviene nell' 8.° giorno di puerperio con fenomeni di petto (versamento pleurico destro), diarrea sierosa abbondante, edema sottocutaneo diffuso, e albuminuria. Subentra in seguito vomito ostinato, si fa ansante assai il respiro, e dopo 10 giorni muore; il cadavere offriva, oltre le solite alte-

razioni dovute all' idroemia, incipiente degenerazione adiposa del miocardio, il *rene destro* di maggior volume, molle, infiltrato di siero e pallido, il *sinistro* avente una tinta gialla distinta, un parenchima manifestamente degenerato in adipe, untuoso al taglio, confuse e indistinte le piramidi, l'albuginea opaca, lacerabilissima, i calici e la pelvi renale contenenti mucosità fluida.

Busnelli Maria, giornaliera, di Milano (21 dicembre 1863), e Roncoroni Luigia, contadina di Garegnano (2 dicembre 1862), sono gravide l'una al 7.° l'altra all'8.° mese: ci pervengono in pessima condizione per idroemia avanzata e per sintomi ortopnoici. Giunte amendue dopo 8 giorni di degenza al fine estremo per crescente inceppamento degli organi respiratorj, sono operate di taglio cesareo *post mortem*. La Busnelli presenta alla tavola anatomica edema diffuso polmonare, degenerazione adiposa cardiaca, versamento sieroso d'ambe le pleure, sviluppo di piccole cisti nel parenchima dell'ovaja destra grossa come un uovo di gallina, e *aumento di volume dei reni*, friabilità e coloramento giallo del loro tessuto, *incipiente degenerazione adiposa nel destro, più avanzata nel sinistro*. La sezione dell'organo dà siero torbido: la capsula facilmente staccabile e lacerabile, le piramidi quasi scomparse nel sinistro, poco distinto nel destro. — Nella Roncoroni era prevalente l'idropericardio, v'erano aderenze antiche delle pagine pleuriche a sinistra, degenerazione adiposa del cuore, versamento sieroso della base cranica e dei ventricoli; *rene destro* coi caratteri della iperemia e dell'infiltramento sieroso, per cui ne era aumentato il volume e reso flaccido il tessuto: *rene sinistro untuoso*, di color gialliccio, quasi confuse le piramidi colla sostanza corticale per uniformità di tinta.

Infine Vaj Rosa, d'anni 37, contadina di Motta Visconti, dopo anassarca voluminoso in gravidanza, ci giugne nel 4.° giorno di puerperio: presenta albuminuria abbondante, muore per fenomeni dispnoici crescenti (versamento pleurico, edema polmonare) e alla sezione si trova *avanzata degenerazione adiposa del rene destro, incipiente del sinistro.*

Il fatto parla chiaramente per sè solo, e mette nei giusti loro rapporti di effetto a causa l'albuminuria e la condizione anatomo-patologica dei reni in questi soggetti.

Ma chi ci dice che la degenerazione renale non fosse la causa prima ed essenziale dell'anassarca, e che la gravidanza non debba incolparsi menomamente nè dell' edema generale, nè dei versamenti sierosi, nè tampoco del passaggio di albumina e dell' alterazione organica renale?

Sarebbe lecito il prestar fede a questi dubbj e rovesciare ogni idea contraria, se non avessimo l' anamnesi che ci sorregge a sostenere il concetto della secondarietà della albuminuria e della condizione parenchimatosa dei reni, e accertarci che questi fenomeni sono di origine meccanica, provocati, sostenuti e spinti al grado maggiore dallo sconcerto idraulico che ingenera l' utero gestante nel circolo sanguigno. Ci rinfrancano poi in tale opinione: 1.° la mancanza delle cause note come capaci di indurre nefrite parenchimatosa (umidità, freddo, discrasie, ecc.;) 2.° l'epoca in cui è nata l'albuminuria, cioè oltre la 2.ª metà della gestazione, quando già l' utero ha indotto i fenomeni più comuni di pressione sugli organi contenuti nell' addome; 3.° l' incostanza del passaggio di albumina per alcun tempo dal primo suo apparire; 4.° la crescente intensità del passaggio di albumina a misura che l' utero aumenta di volume, e che si estendono e si fanno intensi gli effetti della pressione su altri organi. È facile ora il riflettere che quand' anche dopo il parto sia cessata la causa di maccanico ostacolo al circolo e siansi per questo titolo scemati i conseguenti fenomeni viscerali, l' alterazione parenchimatosa e la conseguente degenerazione (che nessuno può immaginarsi di vedere dissipata al pari di questi) entrano a loro volta come cause assolute a mantenere lo stato idroemico, ad aumentare i versamenti sierosi, ad indurne di nuovi, a provocare fenomeni nervosi, a portare guasti organici profondi, riuscendo alla fine anche fatali alla vita della puerpera.

Fra le conseguenze di tale condizione parenchimatosa dei reni io ricordo un caso di *amaurosi* avvenuta in certa

Manzotti Maurina, d'anni 41, contadina di Legnano, la quale diventata edematosa sul principio del 7.° mese di gestazione e rapidamente fattasi anassarcatica, dovette ricoverare nella Sala Maddalena il 24 agosto 1862 per i soliti fenomeni dispnoici da edema polmonare. Quivi furono trovate albuminose le urine in alto grado, persistendo sempre tali. Non erano trascorsi 12 giorni, che la paziente accusava anebbiamento della vista e di là a poco amaurosi quasi completa: distingueva soltanto la differenza fra le tenebre e la luce. Non fu esplorato coll' oftalmoscopio l' interno dell' occhio, quindi mi manca da questo lato la cognizione dello stato fisico della retina. Venuta la gestazione appena alla metà del 9.° mese sempre colle descritte condizioni del generale, della facoltà visiva e della albuminuria, partorì un feto morto ascitico con segni di macerazione epidermoidea. Nel 7.° giorno di puerperio l' idroemia trasse la donna a morte, e l' esame necroscopico verificò i versamenti soliti e tutte le alterazioni materiali proprie alla nefrite albuminurica, alla malattia cronica di Bright, che nel *sinistro rene* aveva raggiunto il grado di *degenerazione vera adiposa.*

Un altro soggetto presentò l' identico decorso di idroemia, di stato anassarcatico, di albuminuria e di amaurosi.

Questa donna (di cui ho smarrito la cedola e non so ricordare ora il nome) diventò cieca completamente sulla fine della gravidanza, partorì nelle stanze dalla Sala Maddalena, fu portata cronica alla Rotonda, vi rimase parecchi mesi nel medesimo stato ed ora ritornò alla propria casa.

Altra delle conseguenze del distendimento dell'utero si è lo *smagliamento del tessuto cutaneo,* che lascia cicatrici, solcature lineari indelebili sul ventre, sulla parte anteriore e superiore delle coscie. Non meriterebbe parlare di questo fenomeno se non avesse un valore, direi quasi

legale, fra i segni probabili di preceduta gravidanza, e se un caso, soggetto di discussione, non fosse venuto a provarmi la sua fallacia assoluta in giudizio di tal sorta e il dovere di subordinarlo completamente a segni di maggiore importanza.

Certa Salina Giovanna, d'anni 19, nubile, entrava il 18 dicembre 1862 nella Sala Maddalena coi sintomi evidenti di una acutissima peritonite generale: interrogata se la sua condizione fosse puerperale, negò recisamente: ma la gravezza dello stato suo, la mancanza di una causa apprezzabile, la tensione dell'ipogastrio intangibile pel vivo dolore, e una umettazione sanguinolenta mucosa del pudendo esterno davano sospetto grandissimo di avvenuto parto, ad onta che dalle mammelle non uscisse colostro, pel fatto che le pareti addominali portavano cicatrici longitudinali affatto identiche a quelle che lascia lo sgravio. Ma l'esplorazione tentata e riuscita impossibile per presenza dell'imene, resistente ed inestensibile (come si potè vedere alla sezione cadaverica) e lo stato verginale dell'utero ci provarono l'erroneità del primo giudizio dedotto dalla presenza di quelle cicatrici. Mi narrò negli ultimi giorni di vita che non aveva mai avuta malattia di sorta, che era obbligata di fare 4 miglia due volte al giorno fuori di città per venire alla fabbrica dei tabacchi e ritornare a casa, che robusta assai più di quanto la vedevamo noi allora (ed era ancora di statura alta, di forme rotonde, sode) aveva dimagrato per le fatiche; e che amando correggere la pienezza e sporgenza del ventre, a pareti assai adipose, portava da tempo un imbusto serrato che le scendeva fino quasi agli inguini, con due stecche d'acciajo laterali ed una nel mezzo, per cui il ventre era ristretto assai in ogni senso, la cute si raggrinzava e veniva a formare piccole pieghe nel senso longitudinale.

Io penso che la perdita di adipe, la compressione, l'usura patita in modo continuo e protratto dalla cute in corrispondenza delle pieghettature, abbiano dato origine a quelle solcature, a quelle lineari atrofie cutanee, da si-

mulare perfettamente quelle da preceduta distensione del ventre.

Mi posi d' allora ad osservare diligentemente questo fenomeno e quello stesso che presenta per egual ragione la cute delle mammelle; ed ho altre volte trovato tali solcature sulle pareti ventrali in donne che non furono mai incinte o che non patirono mai di tumori addominali, ma che soffersero dimagramento; mentre le cicatrici raggiate della mammella, conseguenti alla distensione che porta la monta del latte, non si formano mai ad onta che la mammella siasi smagrita, impicciolita, fatta cascante.

Noi non ci ingrassiamo rapidamente mai in breve tempo; la cute delle mammelle ha tempo di abituarsi quindi lentamente e per piccoli gradi alla distensione, ancorchè l'adipe sottoposto giunga ad un rispettabile volume; la distensione invece dovuta allo stabilirsi della secrezione lattea è rapida, di pochi giorni e intensa, perciò è causa facile, necessaria, di screpolatura della cute sovrastante.

A cagione della compressione esercitata dall' utero sul nervo crurale, non ho veduto mai avvenire nevralgia tale da richiedere soccorsi terapeutici, ma frequentissimamente il crampo negli arti inferiori, che il volgo ed alcuni medici si ostinano ancora a ritenere come segno di pletora, quindi come indicazione di sottrazione generale.

Non parlo dell'ischialgia, la quale deve essere assolutamente ritenuta per casuale, quando si manifesta in gravidanza, dacchè il nervo ischiatico posto al dissotto della linea di incoronamento non può soffrir pressione dall'utero che si eleva oltre quella già nel 4.° mese di gestazione. Si cancelli dunque interamente tale errore dalla mente dei medici, e non si perda il tempo utile ad opportuno trattamento dell'ischialgia nella vana ed erronea lusinga

che lo svuotamento dell' utero possa condurre spontaneamente a guarigione tale nevrosi. Quanto più antica una nevralgia, quanto più renitente alle cure. — Le nostre malate sono nella maggior parte contadine della bassa campagna, dove regnano febbri e umidità; in esse mi toccò non rare volte di vedere l' ischialgia scomparire durante gestazione coi soliti mezzi curativi locali, dandomi la prova così della sua indipendenza da qualsiasi pressione esercitata dall' utero.

§ 2.° *La gravidanza come causa indiretta di discrasia sanguigna, di alterazioni organiche del cuore, e di pervertimenti nervosi.*

Ad onta che la dottrina nostra ci dia diritto di ascrivere la gestazione alle funzioni fisiologiche e di ritenere in istato normale la donna gestante, pure è noto e pratico il volgare criterio che dai turbamenti del benessere abituale, dalle molteplici sofferenze, suppone, giudica ed anco asserisce trovarsi incinta una donna. Ciò vuol dire che abitualmente la gravidanza è compagna, ed è causa di sconcerti più o meno sentiti, più o meno duraturi.

Io mi studierò qui di ricercare quanti dessi sieno, di qual natura, di quanto valore, deducendo la misura nella quale la gestazione allontana l'organismo femminile dallo stato normale, di quali condizioni morbose sia origine causale; dichiarando fin d' ora che non ritengo costante in lei tale potenza patologica, ma che la credo subordinata alla predisposizione individuale, ed a circostanze secondarie estrinseche; momenti, la cui influenza dobbiamo pur riconoscere, ad onta che non se ne possa tener calcolo esatto, attesa la difficoltà di scrutare gli atti intimi della vita vegetativa, di misurare l' attività funzionale organica di ogni individuo.

Fenomeno essenziale della gestazione è lo *sviluppo*

del feto, dovuto ai due atti di *plasmazione* e di *accrescimento*, alla lor volta dipendenti assolutamente dalla vita materna, traenti i loro elementi indispensabili dall' organismo entro cui vive, dal *sangue materno*. Dapprima secrezione albuminoide e salina operata dalla superficie interna uterina, attrazione di elementi vitali operata dai vasi onfalo-mesenterici, allantoidei e placentali, sottrazione di albumina e sali per la produzione del liquìdo amniotico: atti tutti che, compiendosi a spese del sistema sanguigno della madre, vi inducono perdita di materiali, mutamenti proporzionali (depauperamento progressivo di globuli e albumina dal principio alla fine della gestazione, aumento relativo di fibrina e acqua, quindi perdita degli elementi solidi e diminuzione del suo peso specifico) provate dalle analisi ematologiche non solo, ma anche dal fatto clinico.

Che se questa sottrazione di principii organici trovasse equilibrio in un aumento di facoltà ricostitutiva, non avremmo certo a condannare la gestazione come causa di disordini. Ma la cosa è ben diversa da quanto si desidererebbe, giacchè oltre l'influenza deteriorante la costituzione sanguigna, disturbi anche funzionali diversi e molteplici nel maggior numero delle gestanti di origine riflessa vengono ad indurre *penuria di elementi ricostitutivi*, e ad aggravare così lo stato delle cose.

Lo stomaco, organo principale di riparazione turbato nei suoi atti digestivi (inappetenza, gastralgia, vomiturizioni frequenti e vomiti ostinati) mancando così nella misura fisiologica, necessaria, il mezzo essenziale di sostentamento (la digestione), la fonte precipua di introduzione degli elementi nutritizii. — L' apparato respiratorio, pel turbamento meccanico del circolo (anzi descritto), tratto ad imperfetta azione funzionale, a compiere una imperfetta ossigenazione del sangue essendo diminuita la superficie respirante in causa dell'iperemia e dell'edema. Imperfetta

ematosi, nella quale il sistema nervoso centrale trova un eccitamento meno fisiologico, meno valido, e mostra il suo patimento, il suo deperimento colla prostrazione di forze, coll'apatìa, coi pervertimenti dello stato morale, colla depressione organica generale.

Da un lato quindi *attività maggiore degli atti riduttivi* necessarj alla plasmazione e accrescimento del feto, dall'altro *ricostituzione deficiente assoluta tanto in via diretta che in via indiretta;* del quale squilibrio la risultante ricade sul sistema sanguigno materno, tradotto così a quello stato che comunemente è detto di *anemia,* ma che la fisica patologica vuole meglio qualificato coi vocaboli di aglobulismo, idroemia, oligoemia, leucocitoemia.

Fui breve nel tracciare le vie per le quali l'atto fisiologico della gestazione può in molti casi diventare causa di condizione morbosa, perchè già lo feci ampiamente in due miei recenti lavori (1).

Mi dilungherò all'incontro, a dipingere nei loro sintomi gli stati morbosi che debbonsi considerare come effetto della gestazione in via *diretta* per azione portata sulla massa sanguigna, per azione nervosa riflessa su diversi sistemi ed organi, ed in via *indiretta* per successioni morbose diverse, per predisposizioni individuali, per cause estrinseche eccezionali. Nel far questo procurerò di appoggiare l'induzione clinica al fatto anatomo-patologico.

Che l'anemia prodotta dalla gestazione col progresso di questa possa giungere ad un grado tanto estremo da minacciare e togliere la vita può per alcuni sembrare un

---

(1) « Osservazioni sull'anemia della gestante e della nutrice ». Giornale. « Il Morgagni ». Napoli, 1864.

« Osservazioni di clinica ostetrica ». « L'Imparziale di Firenze ». Anno III, 1863.

fatto impossibile quando l' anemia non sia repentina (per emorragie imponenti) o quando, essendo lentamente preparata (come nel caso nostro), non si associno alterazioni organiche precedenti o conseguenti. Io di buon grado ammetto questo dubbio e lo trovo giusto: ma mi affretto a dichiarare che nel parlare dell' anemia dovuta a gravidanza, intendo includervi tutti i casi dal minimum al maximum di gravezza, da quelli in cui lo stato oligoemico si impronta solo in tessuti secondarj, fino a quelli in cui i visceri di primaria importanza ne risentano dapprima *funzionalmente*, indi *organicamente*, da mancare persino all' azione a cui sono destinati; epperò ammetto che particolari ed individuali condizioni possono e debbono portare il loro *tantum* di influenza morbosa predisponente, coadjuvante, accrescendo in via secondaria la condizione anemica primitiva, dovuta al fatto fisiologico della gestazione.

Gli è per questo che anche qui preferisco tracciare avanti tutto il quadro generico di questo stato anemico della gestante, per non cadere in una inutile ripetizione di storie sempre identiche: i gradi dell' affezione risulteranno chiari dalla stessa descrizione.

I primi e più comuni turbamenti causati dall'anemia alla incinta, sono lipotimie, palpitazioni, sensazioni vaghe alla testa designate col nome di cefalalgia, tendenza al sonno, inquietudine nelle membra, facile ansietà di respiro, dispepsie, soventi interpretati siccome fenomeni di pletora, perchè non si vuole allontanarsi dall'idea che la gravidanza generi sempre stato pletorico.

Ma estendendo l'esame fin là dove si conviene, non possono passare inoservati lo scoloramento ed il pallore dei tegumenti della faccia (caratteristico nell' incinta), della cute in genere e delle mucose, il languor generale, la sensibilità al freddo, lo stato del polso, il quale, frequente e lento, è pur sempre fiacco e cedevole: nel mentre che

l'ascoltazione alla regione precordiale rileva spesse volte un carattere di soffio dolce del primo tono che si prolunga ai vasi del collo, e si designa coll'epiteto di anemico: sintomi tutti che in niun modo possono esser sospetti di origine pletorica.

A completare il giudizio si ha in fine la storia anamnestica, la quale rileva precedenza di qualche emorragia, di qualche sofferta malattia, alimentazione insufficiente, abitazione insalubre, lavoro eccessivo: in secondo luogo il decorso degli accidenti, il modo di trattamento, l'inefficacia delle sottrazioni sanguigne cui fu sottoposta la paziente, ecc. Nè senza valore dev' essere per il medico la cognizione di ripetuti parti precessi, di prolungati e mal regolati allattamenti, le cui fatiche e conseguenze non possono certo aver portato vigore maggiore alla costituzione fisica di chi ebbe a sopportarli.

La diagnosi differenziale fra anemia e pletora è di grandissima importanza, e per raggiungerla esattamente è duopo essere esatti nella ricerca di tutti i dati necessarii, non accontentandosi dei superficiali e degli apparenti, i quali sono spesse volte fallaci.

Lo scambio fra quelle due condizioni condusse ad un *erroneo trattamento curativo* che pur troppo viene tuttodì dalla pluralità dei medici messo in pratica col salasso, colle sottrazioni sanguigne ripetute, originando così *aumento della condizione morbosa* disconosciuta.

Non v' ha bisogno di molto per persuadersi quanto tale riprovevole cieca fiducia nel salasso sia estesa fra i nostri medici: e basterà interrogare nei nostri Ospedali le donne incinte, per sentirsi raccontare come per una cefalea, per un catarro bronchiale, per un lieve affanno di respiro, per una dispepsia, abbiano sopportato più d'una sottrazione sanguigna. Ricordo come fatti giornalieri donne ricoverate nel nostro compartimento Maddalena, le quali nel corso di una gravidanza, per qualcuno dei sud-

detti incomodi erano state salassate 7, 8, 10 e più volte; senza che il medico abbia mai riflesso che appunto la resistenza del sintoma morboso al trattamento sottrattivo era indizio dell' erroneità di quest' ultimo.

Gli è così che viene operata una sottrazione *artificiale* di globuli e di fibrina, la quale, messa accanto al depauperamento degli altri elementi sanguigni per naturale conseguenza indotto nell' organismo femminile dal fatto intimo dello sviluppo fetale, non può avere che funesti risultati, sì per la salute, che per la vita della madre, massime quando si pensi agli ufficii importanti che ha il sangue sull' organismo umano:

1.° Come sorgente continua di eccitazione dell'energia fisiologica degli organi pel compimento delle rispettive loro funzioni. Nell'anemia della gravida infatti si indebolisce il tonicismo muscolare, quindi diventa faticoso e penoso il moto: la forza impulsiva cardiaca diminuisce, ed il polso si fa cedevole, molle: infiacchiscono gli atti respiratorii, portando deficienza di ossigenazione: sono male stimolati i centri, e la potenza nervea diventa deficiente, per cui facili le sincopi, i deliquii e spiegata l'apatia.

2.° Come somministratore dei necessarii principii plastici: i quali mancano appunto in esso, e per la sottrazione artificiale che ne fu fatta nella cura, e per il consumo che ne avviene a prò del nuovo essere, e perchè diminuita l'attività digestiva ve ne entrano in minore copia. L'anemia lenta, protratta, è infatti accompagnata da dimagramento. Ognuno ricorda che il maggior numero delle donne in gravidanza impallidisce, dimagra ed assume quell' aspetto del volto *stirato*, che è caratteristico di patimento organico.

3.° Per l'ufficio importantissimo riservato ai suoi globuli, di assorbire l' ossigeno, pel quale elemento hanno una grande affinità, superiore di 24 volte a quella che

ha lo siero di essi spogliato. Sottratta una parte di quelli, entrerà nell' organismo a mezzo della respirazione una quantità di ossigeno inferiore alla normale, e di conseguenza in modo imperfetto e senza le debite proporzioni dovranno compiersi i processi che dipendono da quell'elemento; cioè da un lato le modificazioni della fibrina del sangue venoso e dell'ematina dei globuli stessi quali fenomeni chimici, e dall' altro lato la serie degli atti vitali che si compiono con continue metamorfosi nella materia organica, ed ai quali presiedono come essenziali fattori la respirazione e l' ematosi.

Non deve quindi far meraviglia se in un' anemia si preparino lentamente ed a grado a grado alterazioni funzionali gravi.

4.° Per l' ufficio pure importante che hanno particolarmente alcuni degli elementi del sangue.

La densità sua e lo stato di sospensione dei globuli entro lo siero sono dovuti ai due principii, albumina e fibrina. Questi sono deficienti nelle incinte per diversa ragione; l' albumina pel fatto solo della gravidanza, la quale (come dissi e come mostrarono le osservazioni ematologiche citate) induce dirette alterazioni nella crasi del sangue, dirette sproporzioni fra gli elementi suoi; la fibrina pel fatto delle sottrazioni artificiali sanguigne credute necessarie dalla maggior parte dei medici nei diversi disturbi della gestazione.

Da questa deficienza d' albumina e di fibrina nasce che la parte più tenue del sangue sotto la pressione delle arterie e del cuore esce attraverso alle pareti sottilissime degli estremi capillari, dando luogo agli edemi, alle effusioni sierose, nel mentre l' aglobulismo e la risultante scarsezza d' ossigeno perturba la funzione del sistema nervoso, ed in ispecie dei suoi centri. Ecco come debbono spiegarsi l'obesità, la vertigine, la cefalea, non che le rinorragie infrenabili dovute alla cattiva nu-

trizione e maggior lacerabilità dei vasi; ecco pure come si spiegano gli edemi sottocutanei degli arti inferiori e della mano, i versamenti pleurici, pericardici e peritoneali, e l'edema polmonare, ch'altro non è se non un'effusione sierosa nella cavità delle vescicole respiranti.

L'ordine col quale i turbamenti fin qui enunciati si succedono, svela il progresso della condizione anemica, e costituisce la guida dell' assistenza medica.

I primi sintomi morbosi enumerati addietro costituiscono il primo grado di anemia, il quale è già uno stato morboso, quantunque non imponga ancora nè alla malata, nè al medico; poichè la donna conduce sovente la sua vita abbastanza bene, e quel che è più, trova ancora giorni, ore di calma assoluta, in cui dimentica i patimenti, che già a più riprese l'hanno tormentata.

Ma da un lato l'errore di diagnosi più sopra avvisato che induce errore di terapia, e dall' altro lato lo sviluppo crescente del feto che richiede dalla madre un maggior sacrificio di elementi vitali, e l'innalzarsi dell'utero che restringe la capacità di espansione degli organi respiratorii, aggravano la condizione morbosa incipiente. Così in breve sono moltiplicate le cause di impoverimento, ed è condotta la donna ad un grado più avanzato di anemia, che costituisce già un vero stato morboso meritevole di tutta l'attenzione del medico.

Per tal modo si hanno tutte le condizioni volute perchè avvengano versamenti entro alle cavità sierose, prime fra le quali le pleure ed il pericardio, e nello stesso tessuto polmonare, che un esame stetoscopico diligente e ripetuto può sorprendere nella loro formazione e seguire nel loro incremento continuo.

Di quale triste pronostico siano queste ultime conseguenze dell'unica condizione in discorso, l'anemia, è facile immaginarlo, quando si rifletta che per tal modo l'organismo femmineo è attaccato morbosamente nei tre princi-

pali agenti della vita: il *circolo* perturbato dalla compressione dei grandi vasi addominali; il *sangue* povero e insufficiente ad eccitare i sistemi fisiologici; il *respiro* i cui organi non hanno la piena libertà di espansione, e vien quindi diminuita la superficie su cui deve compiersi l'ematosi.

Con queste malaugurate disposizioni, arriva il termine della gravidanza, e la donna entra in travaglio; e qui appunto essa incontra altre cause funeste.

La perdita di sangue che accompagna necessariamente l'espulsione del feto e della placenta, quantunque per sè stessa indifferente, simile alla goccia che fa traboccare il liquido dal vase pieno, costituisce un fatto che può diventare anche letale: giacchè viene a perdersi anche quel poco residuo di sangue che era a mala pena sufficiente per stimolare i centri nervosi, per svolgerne la attività funzionale, per mantenere la vita: e tanto più pel modo brusco con cui avviene la sottrazione di quel poco di sangue: ond'è che sistemi intieri e singoli organi possono cessare dalle loro azioni già languidissime, e la vita finire.

È così che in pochi minuti, senza quasi che i presenti se ne avveggano, senza appariscente ragione, appena dopo lo sgravio, in alcune di queste donne estremamente anemiche, si vede rallentarsi rapidamente il circolo, farsi ansioso il respiro e avvicinarsi inaspettata la morte, la quale senza dubbio coglie la paziente, se abbandonata a sè stessa.

Solo un'accurata sorveglianza, un'istancabile assistenza, l' energico uso di forti stimolanti nervini e spiritosi e l'artificiale riscaldamento possono trionfare in tal momento gravissimo; ciò che non può fare il naturale vivificatore, il sangue, possono fare i mezzi artificiali direttamente eccitanti del sistema nervoso.

È lo stesso che in una sincope, in un deliquio, dove

l' individuo che non ha più in sè gli elementi per ridestare il centro circolatorio ai suoi moti ordinarii, e che morrebbe d'inazione del sistema nervoso, può essere con poca fatica ritornato alla prima vitalità, eccitando quest' ultimo in modo opportuno, energico, continuato.

E nel caso nostro appena si abbia trionfato del momento più grave, appena che i poteri eccitatori si siano risentiti del trattamento e vi abbiano reagito, siamo sicuri di aver salvata la donna, e ci siamo preparati terreno e tempo sufficiente per curare poi radicalmente la condizione anemica con pieno ristabilimento dell' armonia organica.

Quantunque l' esame diligente della malata ed il suo andamento clinico mi rendessero tranquillo della diagnosi fatta in tali casi, pure ho chiesto alla necroscopia e ne ho ottenuto sempre la prova certa del concetto patologico che mi ero formato in vita: ed io voglio discutere se da altra ragione patologica, in fuori che dalla semplice e pura anemia, avrei potuto far derivare le alterazioni cadaveriche in quei soggetti, in cui i tessuti tutti presentavano allo scalpello le impronte più marcate, più profonde dell' impoverimento sanguigno, mentre mancava la fonte di una repentina perdita di sangue, e mancavano guasti negli organi presiedenti alla sanguificazione ed al suo regolare mantenimento.

Alle tre necroscopie della Erbisoni Luigia, della Giambelli Rosa e della Filippini Maria, raccolte nel mio lavoro citato sull'amemia, ecc., aggiungo quelle di Mazzeroni Maria, d'anni 25 (1 giugno 1865), di Consonni Modesta, d'anni 27 (4 agosto 1865), di Monfrini Caterina, d'anni 31 (2 giugno 1865), e di Pirotta Rachele, d'anni 28 (11 maggio 1865) le quali tutte gravide, manifestanti in vita presso a poco i medesimi fenomeni descritti nel quadro generico, alla tavola anatomica presentarono anemia generale e intensa di tutti i tessuti e visceri addominali, non uno escluso, flacidezza della milza, edema

polmonare più o meno intenso, lievi versamenti di una o più cavità sierose, compreso il pericardio, irrigazione assolutamente povera delle meningi e del cerebro, poco siero nei ventricoli laterali, flaccidezza, friabilità rimarchevole del miocardio con apparenze più o meno evidenti ad occhio nudo di degenerazione adiposa, che il microscopio confermava e trovava talvolta spinta al grado di sostituzione d'adipe alla fibra muscolare, ed anco di vera stearosi. Tale condizione si è veduta sempre più avanzata nelle trabecole carnose delle valvole ventricolari, e mostravasi minore negli strati interni della parete, per quasi scomparire alla superficie esterna; le valvole tricuspidali e mitrali fiaccide, pallide, liscie; le semilunari e più di spesso le aortiche talvota insufficienti, senza essere prive di acino, senza aver perduta la loro eguaglianza di superficie, senza essere rotte, mostrandosi invece pallide, sfiancate, poco resistenti.

Io ritengo adunque che l'anemia primitiva da gravidanza fu la causa prima dei disturbi funzionali nel piccolo circolo (edema polmonare, poca tonicità cardiaca, frequenza di circolo), che questi a lor volta diventarono causa di imperfetta ematosi, di aggravamento [della primitiva condizione, e così la causa e l'effetto si prestarono la mano nel rendersi l'un l'altro sempre più gravi, e nel tradurre l'organismo ad una finale idro-oligoemia, ad un aglobulismo col quale la vita è minacciata per poco che si aggiungano altri accidenti od altre alterazioni organiche importanti.

Nè quelli mancano (come si disse all'atto del parto), nè queste fecero difetto nella comune dei casi allo scalpello anatomico; ed è appunto sulla condizione adiposa del cuore come fatto clinico e come fatto patalogico che qui mi arresto a discorrere, dicendo quale sia il quadro dei sintomi che in vita danno luogo a sospettare della degenerazione adiposa del cuore, quali siano gli effetti

da essa indotti negli altri organi, quali le sue dirette conseguenze, quale infine la ragione fisio-patologica della sua produzione.

L'abitudine pratica che mi sono formata colla frequenza dei casi di tal genere, occorsi negli anni di cui dò il resoconto ed in seguito, non mi trasse mai in errore quando a diagnosticare il patimento organico del cuore mi appoggiava al color speciale pallido, giallo-cereo della cute, alla estrema decolorazione della mucosa, alla ambascia cardiaca, agli accessi asmatici che di frequente nascono durante la dispnea continua data dall'edema polmonare, alla frequenza del polso, costante sulle cento battute, spinta di spesso fino alle 150, all' impulso ondulatorio della totalità dell'organo, al carattere soffiante, dolce del primo tono ed al perduto timbro degli altri toni. Finchè questi fenomeni specialmente tolti alla circolazione centrale e periferica non vennero ad aggiungersi ai primi fenomeni dell' anemia incipiente, potei fare una prognosi fortunata, e vedere la paziente a gradi, a gradi riaversi, ricostituirsi, mercè addatto trattamento tonico-nervino e marziale. Ma appena poteva formulare diagnosi di degenerazione adiposa cardiaca sull' insieme dei sintomi qui sopra enumerati, le speranze di salvezza dovettero sempre fallire, e con esse vedersi in più o men tempo la donna tradotta all'estremo fine, senza che dal più razionale ed energico trattamento si potesse avere il più piccolo vantaggio.

Ed è facile intendere come perduta la necessaria forza contrattile del miocardio, perduta la continuità di fibre carnee a cagione della sostituzione di cellule adipose e della stearosi formatasi in grembo al tessuto normale, vani debbono riuscire gli stimolanti, i tonici più validi.

L'indebolimento dell'azione cardiaca produce un imperfetto vuotamento dei capillari, quindi abbiamo per legge di gravità la formazione di stasi ed effusioni sierose, nelle porzioni basse dei polmoni. La debolezza cardiaca è da

tutti accennata come causa di iperemia, di ipostasi, di edema nei polmoni; condizioni che troviamo appunto nelle malattie tutte da infezione, nelle cachessie, dove il cuore ha perduto della sua forza impellente. Aggiungi la flaccidità della valvola mitrale, l'insufficienza delle valvole semilunari aortiche dovute al solo fatto della loro flaccidità (cui quella delle polmonari è compagna meno frequente), e avremo nuova causa di iperemia verso il polmone per le due ragioni dello imperfetto vuotamento dell'orecchietta sinistra e del rigurgito sanguigno dall'aorta nel ventricolo corrispondente.

Che una lieve perdita di sangue all'atto del parto prolunghi di poco uno di quei deliquj, frequenti in tali soggetti, che uno sforzo prolungato (il parto stesso), un movimento smodato (scesa dal letto, vomito, ecc.), traggano il cuore già debole a stancarsi maggiormente con una concitazione momentanea viva, ed avremo facile la sospensione dei suoi moti, la morte.

Ciò che infatti avviene, di vedere, cioè, in queste meschine cessar la vita repentinamente senza una nuova ragione o causa nuova, appena dopo aver parlato coll'infermiere ed eseguito movimento della persona.

Vero il fatto, chiari i sintomi, note le conseguenze, veniamo alla ragione fisio-patologica dalla quale origina tale degenerazione cardiaca.

I clinici, anco più recenti, non accennano a tale condizione anatomica in fuori che nel marasmo senile, nelle cachessie e nella polisarcia (come espressione di generale denutrizione organica), nei vizii valvolari, nelle ipertrofie spurie (come parziali malattie del miocardio, senza l'accompagnamento di condizione generale morbosa), od in muscoli o sistema di muscoli parziali per cause meccaniche locali, per paresi, per tolto movimento articolare, ecc.

Non è questo il caso nostro, nel quale invece tutto il miocardio dal più al meno intensamente ha subito la meta-

morfosi regressiva, intanto che da un lato manca la denutrizione generale, la vera cachessia, e che dall'altro esiste una discrasia speciale del sangue.

Forse che la dobbiamo a questa ultima, alla prolungata imperfetta ematosi? Ci sarebbe ben permesso il supporlo, se in un col miocardio la sostanza carnea degli altri muscoli partecipasse almeno in parte a questa alterazione.

Ed è qui che io fermo l'attenzione vostra, o colleghi, perchè nel caso nostro manca di fatto tale partecipazione dei muscoli volontarj all'adiposi, perchè l'osservazione microscopica ci dimostra questi integri, assolutamente normali, anche quando per l'intensità della condizione il miocardio ha raggiunto il massimo grado di degenerazione: prova che feci sempre e che sempre riuscì eguale di confrontare al microscopio la sostanza cardiaca, con quella di un tricipite, di un radiale, di un pettorale di uno sterno-cleido-mastoideo, del diaframma stesso; nè mi affidai alla sola mia scarsa capacità nell'esame microscopico, ma a quella del mio ottimo collega ed amico dottor Visconti Achille, abile osservatore, studioso anatomo-patologico, ed a quella di altri parimenti valutevole.

Era pur duopo studiare tale fenomeno, trovarne l'origine, dacchè quelle *comunemente riconosciute* per proprie, mancavano al caso nostro; ed ecco per quali ragionamenti credo esservi pervenuto.

Stabilitasi l'anemia e indotto un primo grado di rilasciamento, di debolezza miocardica, nasce la necessità del raddoppiamento dei suoi moti, delle sue diastoli e sistoli, perchè agli organi arrivi il sangue con maggior frequenza a mantenervi l'attività funzionale, dacchè è impoverito di elementi esenziali. Cresce e sale all'estremo limite l'anemia, ed il cuore sempre più debole, si contrae più celeremente.

Posto questo primo fatto, restava a spiegare come mai da una maggiore attività funzionale nascesse degenerazione. Ma la fisio-patologia e l'anatomia mi vennero in ajuto e mi chiarirono questo fatto.

La prima mi insegna che ogni funzione porta consumo di materiali, e che al mantenimento della normale struttura dì un organo è d' uopo che l' assimilazione sia in equilibrio colla distruzione.

Ora, caduto l'intero organismo in condizioni anormali di nutrizione per la condizione stessa del sangue impoverito dei principj più essenziali, il miocardio, obbligato per lungo tempo ad un esercizio funzionale esagerato oltre il normale, trova minori màteriali da assumere, mentre ne avrebbe bisogno maggior côpia, perchè appunto ne consuma molti: cade quindi in denutrizione ed il suo tessuto regredisce, è sostituito da adipe. In un individuo infatti ben nutrito, di costituzione generale sana, l'aumentata frequenza dei moti cardiaci porta l' ipertrofia, non la degenerazione.

Mi sono chiesto poi se ragioni anatomiche potevano spiegare la degenerazione della fibra cardiaca per la frequenza stessa delle sistole ventricolari, e mi parve aver ragione nel pensare che i vasi cardiaci nutritivi, troppo frequentemente compressi entro alle fibre carnee dei ventricoli, dovevano portare minori elementi nutritivi, e quindi col raddoppiare delle contrazioni cardiache si doveva aumentare la denutrizione del miocardio, avvicinandosi così ad un movimento regressivo, sostituendosi cioè elementi inferiori, il grasso, alla fibra carnea, per costituire infine la vera degenerazione adiposa. Questa supposizione venne appoggiata dal fatto già annunciato del maggior grado di degenerazione in cui si trovarono gli strati più profondi del miocardio e le colonne valvolari, perchè le arterie cardiache (le quali marciano nel tessuto del cuore dall' interno all' esterno) obliterate nelle

sistoli, debbono mancare al loro ufficio di apportare materiali nutritizii più presto e più facilmente per le fibre miocardiche profonde che per le esterne.

E mi conferma tanto più in questa idea il sapere ancora dall'anatomia che gli strati superficiali ricevono inoltre rami particolari direttamente spiccantisi dai tronchi principali scorrenti sulla esterna faccia dell' organo; da ciò ritardata in essi la regressione organica.

Altri esempi di tal natura si hanno in patologia, e ricordo la degenerazione adiposa muscolare nei *gladiatori* e *saltimbanchi*, ecc., nei quali appunto perchè, oltre che manca ogni cachessia, manca pure la discrasia sanguigna, sembrami (se non erro) che a dar spiegazione del fatto non basti la sola sproporzione invocata dai patologi fra il consumo organico portato dall'esercizio e la nutrizione, il ricambio materiale e la riproduzione organica: ma possa esser presa in riguardo l'interpretazione anatomica suesposta.

Quanto frequentemente mi sia toccato di osservare questa speciale alterazione organica del cuore in donne morte di febbre puerperale o di affezioni intercorrenti in gravidanze, lo proveranno le necroscopie che in questo resoconto figureranno al 2.° capitolo, e nella sezione *puerperio* (alle quali rimando per brevità il lettore), mentre che la storia clinica delle singole pazienti che la offrirono allo scalpello anatomico non ha mai permesso si ascrivesse l' adiposità del miocardio ad altra causa (malattie costituzionali, lunga durata di affezioni, cachessie, ecc.,) se non alla cloroemia, preparatasi di lunga mano nel decorso di una gravidanza sola o di più gravidanze che si seguirono a poca distanza; nè mancherò di far notare, come secondariamente entri tale degenerazione cardiaca a render gravi alcune speciali affezioni morbose della gravidanza e del puerperio.

Nel percorrere i trattati delle malattie femminili e

delle puerperali, non vidi mai alcuno prendere in esame questa alterazione organica del tessuto cardiaco in guisa da mostrare che almeno il sospetto sia nato in quegli specialisti dell'origine sua. E sì che da non pochi la fu trovata, e fatta figurare nei reperti anatomici delle gravide morte improvvisamente o per acute malattie o per anassarca, e delle febbri puerperali. Il che prova non esser accidente infrequente ed essere stata non curanza del patologo e dello specialista il non fermarvi l'attenzione e non aver tentato di ricondurlo alla sua vera origine, di stringerlo in nesso, almeno indiretto, colla funzione materna. Vediamo Moynier (1), Gioachimo Silvano (2), Carlo Esterle (3) e il dott. Gaetano Casati (4) registrare semplicemente come fatti anatomici la flaccidità, lo scoloramento, la friabilità, la degenerazione organica del miocardio, con una certa frequenza, senza assoggettarli a discussione, senza attribuir loro la dovuta importanza. E quanta ne abbia tale condizione del cuore lo provano i casi speciali di Moynier, quello del prof. Esterle, nei quali la morte improvvisa non potè esser derivata che dalla degenerazione adiposa del miocardio: resa, per essa, debolissima ed imperfetta la contrazione ventricolare, basta un concitamento repentino, per moti violenti o per emozioni, a sospenderla e dare il deliquio, dal quale difficilmente può esser ridestata la paziente, attesa la poca eccitabilità della fibra in

---

(1) « Des morts subites chez les femmes enceintes ». Paris 1858.

(2) « Memorie ed osservazioni ». « Giornale della R. Accad. di Torino ». Anno XI, vol. 32-33.

(3) « Relazione di un' epidemia di febbre puerperale ». « Annali univ. di med. », 1858.

(4) « Prospetti clinici della R. Scuola d'Ostetricia di Milano », 1863-64-65.

genere e della miocardica in ispecie, anche dietro gli stimolanti i più diffusivi ed attivi.

Una deduzione facile può esser tratta da quanto ho esposto, sia per riguardo alla *diagnosi della condizione cardiaca,* da basarsi sullo stato del sangue, sui fenomeni stetoscopici, sulla sintomatologia generale, sia per riguardo al pronostico, il più delle volte infelice, quando in una gravida, alla idropisia diffusa, si veda associata la inerzia e fiacchezza del centro circolatorio.

Ultimo modo diretto ed assoluto pel quale la gravidanza influisce morbosamente sull'organismo, è quello per la via dei *nervi* e dei *centri* per azione riflessa, modificando, alterando l' ordine fisiologico della innervazione.

Ogni organo per tale strada si lega con speciale predilezione ad un altro organo, e non ve n' ha alcuno che più dell' utero faccia sentire tale suo potere: e per vero sono numerosissime le simpatie che egli desta in tutto l' organismo, e quando è nell' esercizio fisiologico di funzione, e quando è in condizioni anormali.

Le funzioni digestive, quella dello stomaco in particolare, colle nausee, le vomiturizioni, i vomiti ripetuti, costituirono nelle nostre malate la quasi universale manifestazione della incominciata gestazione: ad onta di ciò, non mi fu dato osservare un caso in cui il vomito si fosse prolungato oltre il 3.°, il 4.° mese, od avesse mai costituito uno stato essenzialmente morboso da indurre per sè solo le gestanti a ricoverare nello spedale.

Gueniot e Deman giustamente fanno osservare come i casi di vomito incoercibile (nello stretto senso della parola) richiedenti trattamento chirurgico-ostetrico, siano rarissimi nelle maternità, perchè quivi le donne riparano a gravidanza avanzata. Io aggiungo con ragioni di fatto che non sono nemmeno tanto frequenti simili casi negli ospitali comuni e nella pratica privata, come vorrebbe

Bedford (1) e come sostenne P. Dubois. In 7 anni di pratica all'Ospitale Maggiore di Milano, con tanta affluenza di ammalate, informato per deferenza dei colleghi sui casi che hanno rapporto colla specialità delle donne, da essi chiamato spesse volte ad esame di qualcheduna di queste pazienti, io non ebbi mai occasione di vedere un esempio di tal genere, di osservare che una gestante per vomito simpatico incoercibile fosse ridotta in condizioni tali da richiedere speciale assistenza, e ancor meno da far presagire il bisogno di provocare l'espulsione del prodotto.

Solo nelle due malate già accennate, Roncoroni Luigia (2 dicembre 1862) e Colombo Angela (3 agosto 1865) i vomiti presero carattere di ostinazione, si ripeterono sulla fine dalla gestazione per la prima, e nella 2.ª gravidanza per l'altra, e iniziarono una denutrizione organica, uno stato di oligoemia, che associati a successiva condizione morbosa (idrope-anassarca) concorsero come causa remota a trarle ad un precipitoso fine.

Se qualche caso più ostinato di vomito m'è occorso nella pratica privata in donne delicate, d'abitudini signorili, di temperamento nervoso, di carattere *melanconico*; e se richiesto istantemente dalle stesse malate intimorite per il fenomeno dovetti piegare a tentare un trattamento, posso dire d'aver imparato ben presto a disconoscere il valore dato a tutte le medicazioni razionali ed empiriche che ci vengono proposte.

Aggiungo anzi che dai vescicatorj all'epigastrio, dai narcotici (oppio, morfina, belladonna usati internamente, endermicamente e per clistere), dai purgativi e deprimenti (lauro-ceraso, cianuro di potassio) che viddi da altri usati, parmi non ne sia mai risultato un minora-

---

(1) « Malad. des femmes », leçons cliniq. pag. 419.

mento del fenomeno. Neppure la noce vomica, le misture alcooliche, le jodiche, corrisposero allo scopo: e meglio di tutto mi persuasi che il regime dietetico, la scelta opportuna dei pasti (poichè talvolta il vomito predilige dati momenti del giorno), la prescrizione di cibi scarsi ma nutrienti e di vino generoso, servono, se non a moderare gli accessi di vomito, almeno a mantenere la buona ricostituzione dell'organismo per lo addietro affranto da vana cura, da dieta sregolata, soverchia o negativa.

Se i medici fossero meno sordi ai consigli degli specialisti in queste contingenze, sprecherebbero meno tempo e rovinerebbero meno la salute delle malate.

Non è questa la sola neurosi che vidi presentarsi durante la gestazione nel comparto: anzi gli è di due altre forme, gli *accessi asmatici* ed il *crampo-tonico*, che qui intendo parlare un pò diffusamente, allo scopo di togliere errori che verifico frequentissimamente e che fanno torto al medico, il quale ancora non sa sbarazzarsi dagli empiri insegnamenti e seguire le dottrine della fisiologia patologica.

È frequentissima nei primi tempi della gravidanza una difficoltà, un' ansietà di respiro, che sopravviene a sbalzi, ad intervalli e ad intensità diversa, senza ragione nè di tempo, nè di circostanze: l' esame stetoscopico non rileva alterazioni cardiache, nè fenomeni bronco-pneumonici atti a spiegare l'intensità del fenomeno: eppure la gestante dice che oltre il senso di pesantezza nel respiro, viene presa ad ogni tratto, in ispecie la notte, da accessi talora intensi di dispnea, i quali la obbligano a levarsi dal letto, a starsi seduta e la mettono in grande timore: riferisce pure che per ordine del medico o per consiglio della levatrice fattasi salassare una, due o più volte, ebbe a sentire un sollievo passaggero, breve, per ricadere presto e con maggiore intensità nel medesimo fenomeno. Tali storie sono frequenti oltre ogni credere

fra le malate che ricoverano nella Sala Maddalena, e non è esagerazione il dire essersi dalla interrogazione rilevato che i gradi minimi di tale forma quasi in nessuna donna ebbero a mancare, e che i gradi maggiori (*fra cui quasi tutte le anassarcatiche di cui sopra*) molte ne abbiano affette, in guisa da dover ricorrere a qualche trattamento curativo.

Io ebbi campo di seguire alcune di queste pazienti nel corso intero di loro gestazione, perchè più volte ricoveratesi nello spedale per la medesima ragione; ho quindi dovuto fare una distinzione fra i casi nei quali ogni fenomeno stetoscopico mancava affatto, e quelli nei quali l'esame del petto rilevava uno stato qualunque morboso dell'apparato respiratorio, onde meglio chiarire in tale diversità di condizioni l'essenza del sintomo intercorrente, la *dispnea.*

Le prime storie sono di donne che non oltrepassavano il 5.°, il 6.° mese e che per lo più avevano contratto tale difficoltà ed ansietà di respiro dalle prime settimane della gravidanza, e che, a distanze atipiche e più o meno brevi di tempo, ne avevano provate esacerbazioni di maggiore ed imponente intensità.

Le altre trovavansi già negli ultimi mesi della gestazione, dicevano aver dapprima patito di catarro bronchiale ostinato, renitente alle deplezioni sanguigne e ai soliti trattamenti, ed esser state sorprese in seguito quasi improvvisamente da dispnea, che aveva un carattere accessionale.

Tanto nelle prime che nelle seconde veniva verificato il fenomeno comune; in queste ultime poi l'esame del petto rilevava la frequente condizione edematosa del polmone e catarrale de' bronchi.

Ma come si vede, a queste alterazioni materiali non può essere direttamente attribuito in tali soggetti il carattere accessionale della dispnea, giacchè costanti le pri-

me doveva pur essere costante anche la seconda: solo sarà da ritenersi che più grave ne possa esser reso tale fenomeno in via indiretta, tanto per la perdita di superficie respiratoria (edema e catarro) come per la imperfetta ossigenazione sanguigna.

Trattavasi quindi essenzialmente in ambo i casi di una neurosi nel distretto dei nervi inservienti alla funzione respiratoria, una neurosi, cioè, del decimo paja cerebrale, in tutto simile a quella che cagionava in altre gestanti il vomito. — Se tale neurosi sia d'origine riflessa, dai nervi proprj uterini al centro cerebrale, da questo al pneumo-gastrico, o se debbasi ad una diretta irradiazione dai rami ultimi che questo nervo spande negli organi genitali interni ai rami dell'apparato respiratorio e digerente, non è quistione fisiologica ancora ben definita. Ci è solo dato di constatare che simili neurosi prediligono le costituzioni gracili, nelle quali l'abituale condizione povera del sangue, il temperamento eccitabile, la mala nutrizione, costituiscono per sè una predisposizione alle neuropatie, agli eccitamenti del sistema nerveo.

Ogni medico ha avuto a fare certo con quelle tossi secche ostinate, esenti da condizione polmonare e bronchiale, che sopravvengono nelle convalescenze di lunghe malattie, e che i malati sanno così bene ed empiricamente far cessare col prender un pò di cibo, un pò di vino: e parimenti si ricorda ognuno la dispnea che accompagna le affezioni gastriche, il catarro acuto. È una neurosi del pneumo-gastrico in ambo i casi; nel secondo per azione irradiante, nel primo per azione riflessa, essendone causa predisponente l'impoverimento organico.

Egli è certo che nè l'elemento congestivo-irritativo, nè il flogistico, hanno diritto di essere tirati in scena per spiegare tali alterazioni funzionali, e quindi il trattamento non dovrà esser diretto da queste interpreta-

zioni patologiche. — Come semplice neurosi, indotto da una causa permanente, i mezzi eccitanti diffusivi nervini, i roboranti, qualche rivulsivo volante (senapismi), qualche dose di oppio (siccome avente azione elettiva sul nervo pneumo-gastrico) sono meglio di tutti invocati a temperare la intensità e frequenza dei fenomeni; mentre è duopo persuadersi che il più delle volte, senza saperne trovare la ragione, l' innervazione si ristabilisce da per sè allo stato normale, e tacciono vomito e dispnea.

Fra le molte storie che potrei citare, mi limito a queste due sole, degne di rimarco.

Bruzzi Virginia, d'anni 22, servente, nubile; è nel 3.° mese della sua prima gravidanza (gennajo 1865); ricovera all'ospitale afonica, di colorito cloro-anemico, avente tosse secca, laringea e dispnea ad accessi, senza che si rilevassero fenomeni stetoscopici. Senza medicazione di sorta, in cinque giorni abbandona la Sala in ottime condizioni, persistendo solo indebolimento della voce; a casa prova nuovi attacchi di dispnea ed è costretta riparare ancora (7 giugno) nello spedale per la medesima condizione, essendo al fine della gravidanza; pallida, edematosa, respira a stento seduta sul letto, ha impulso frequente e forte cardiaco, toni del cuore rombanti, il mormorio vescicolare normale in tutto l'ambito toracico, rari rantoli russanti nei grossi bronchi; è afonica. Passa alcuni giorni in tale stato provando accessi imponenti asmatici; e le si fa prendere della digitale in infuso, allo scopo di calmare il concitamento cardiaco; le vengono pure applicati senapismi ripetutamente e in varj punti del petto e della colonna vertebrale; se ne ottiene sensibile minorazione dell'affanno, degli accessi, senza però poter troncare questi onninamente e rialzare la perduta voce. Alla fine partorisce, decorre un puerperio normale di 10 giorni, durante i quali vanno gradatamente tacendo i fenomeni suddetti, finchè resi tranquilli e normali il respiro e l'azione cardiaca, riguadagnata completamente la voce, lascia l'ospitale in ottime condizioni generali.

Qui le alterazioni funzionali dell' apparato respirato-

rio avevano a compagna anche quella dell' apparato vocale. Quivi la neurosi del vago, oltre le alterazioni funzionali dell' apparato respiratorio (rami e plessi polmonari) aveva portato eguali alterazioni nell'apparato vocale (rami laringei inferiori o ricorrenti).

La seconda storia è di

Maria Perelli Uboldi, erbivendola, d'anni 42, che nella sua 17.ª gravidanza, dopo aver passati in pieno benessere i primi mesi dell' ultima, all' 8.° è presa in un subito e con violenza da accesso dispnoico, che si ripete di poi e si prolunga fino a produrre cianosi ed a minacciare la vita della paziente. L'amico e collega dott. Frassi che mi chiamò a vedere l'ammalata aveva al primo insulto trovato del caso una sottrazione sanguigna, la quale sembrò al momento efficace, ma non impedì che altri accessi simili ritornassero. In questa paziente era rimarchevole l' improvviso sopravvenire della forma respiratoria, l' intensità e gravezza sua e l'associazione di altri fenomeni riflessi, bolo isterico, trismo e crampo delle mani (di cui parlerò più avanti). Aveva passato in tale stato tre giorni; le prescrivo una dose alta di oppio (30 centigr. nella giornata da ripetersi in seguito a dose minore e rifratta), una mistura eccitante diffusiva, vino e nutrizione carnea, e in breve ogni fenomeno declina, per tacere onninamente e lasciare che la gravidanza traesse al suo fine naturale.

La seconda forma di neurosi di cui voglio tener parola fu quella del *crampo tonico* che sì frequentemente osservai nelle gravide nostre. Io ne diedi già una specie di monografia in una lettera diretta al prof. Pietro Lazzati (1), e qui in breve riassumerò le mie idee in proposito.

Localizzato dapprima lo spasmo ai muscoli degli arti superiori, in quelli della faccia talvolta e del collo, e in

---

(1) « L'Imparziale di Firenze », anno 3.°, 1863. Osserv. di clinica ostetrica.

pari tempo compagno alla gravidanza, offre sintomi divisibili, per la loro intensità e sviluppo, in tre periodi fra loro distinti per carattere esterno.

L'ingredire del male non è mai brusco, e la donna non accusa sulle prime che un formicolio, il quale, incominciando dall'estremità delle dita delle mani, si porta lungo l'avambraccio fino al cubito, ed è non raramente accompagnato da frizzi, da istantanei dolori sopportabili e passaggieri. Questi sintomi possono chiamarsi i precursori dello sviluppo della forma in discorso, e per vero, brevi nella loro durata, danno luogo subito al secondo periodo, all'irrigidimento, cioè, delle dita e dei muscoli dell'avambraccio, indi di quello del braccio.

Egli è in tale momento che incominciano contrazioni di quasi tutta la massa muscolare, che, dapprima, brevi, divise da calme frequenti e aventi forma di contrazioni cloniche, passano poi tosto a contrazioni toniche di lunga durata. I muscoli sono dolenti, l'arto diventa rigido, e i tentativi fatti per flettere o stendere in qualche senso le parti contratte portano molestia, sono intollerabili.

A caratterizzare il terzo periodo si aggiunge l'estendersi di questo stato spastico ai muscoli della faccia e del collo, in ispecie dei cervicali, dei temporali, dei mascellari, non che talvolta dei pettorali e degli addominali. La testa trovasi fissata dalla simultanea contrazione degli sterno cleido-mastoidei, gli occhi appajono spalancati e la donna immobile chiede istantemente che la si tolga da tale tensione dolorosa alla nuca ed alle braccia, che le chiude le mascelle l'una contro l'altra.

Non a queste sole locali modificazioni si limita la neurosi che vado descrivendo; poichè fenomeni generali durante il secondo ed il terzo periodo vengono a porsi in scena. Si nota quindi dapprima una semplice frequenza di circolo, indi un vero stato febbrile, durante il quale la cute si muove a traspirazione sempre crescente,

che invade d'ordinario soltanto il volto, il collo, il petto, e che cede in un colla febbre poco dopo scomparso lo spasmo muscolare. Le congiuntive si injettano, la voce si affievolisce e ben presto incomincia a manifestarsi un senso di strettura alla gola per globo che nel terzo periodo va rendendosi intollerabile, si congiunge a rilevante occupazione epigastrica come per peso opprimente, obbligando la donna a frequenti conati di deglutizione, e ponendola così in una inquietudine che riesce penosa anco per chi l'assiste.

Intervalli più o meno brevi di calma separano tali accessi ricorrenti due, tre ed anche più volte nella giornata, nel mentre che nel decorso di una gravidanza v' hanno periodi più o meno lunghi di calma, i quali separono altri periodi della durata di 8 a 15 giorni, in cui tali accessi si manifestano e si succedono ripetutamente nel giorno.

In una sola gravidanza adunque tale neurosi assale un dato numero di volte la donna per un dato numero di giorni, lasciando un egual numero di spazio in cui gode di perfetta calma. Ognuno poi di questi ritorni o periodi della neuropatia, aventi una durata propria, variabile (di parecchi giorni, di un mese e più) conta accessi a tipo irregolare e ad intervalli ora frequenti ora rari, nei quali lo spasmo soffre recrudescenze vive, imponenti.

Quando diverse cause, fra quelle che accennerò in seguito, si riuniscono in una donna per predisporla maggiormente a tale forma di neurosi, è facile che le *spasmodiche contrazioni muscolari* si vengano a sviluppare nella sua prima gravidanza. Ordinariamente gli è dopo aver già più volte figliato che incomincia la prima invasione, per ripetersi il fenomeno in quasi tutte le successive gravidanze, e per manifestarsi in ognuna tanto più di buon' ora quanto più se ne contano in addietro. Così se ad esempio nella 3.ª o 4.ª gravidanza la donna fu colta dai

crampi verso il 7.° mese, nella sua 7.ª od 8.ª gestazione ne può venirne affetta già al 3.°, al 4.° mese.

Infine, ed è ciò che più deve ferire l'attenzione del medico, mentre dai più razionali trattamenti non si ha che una lieve diminuzione d'intensità del fenomeno, lo si vede cessare poi spontaneamente e in brevissimo corso di giorni, appena che l'utero si sia svuotato.

I caratteri essenziali dunque di questa neurosi sono: il suo legame stretto colla funzione fisiologica della gravidanza, e cioè la sua comparsa unicamente durante la gravidanza (o l'allattamento, come vedremo appresso), il suo cessare al cessare di quest'ultima, ed il suo rinnovarsi al ripetersi di successive gravidanze. Caratteri che non mi permisero mai di supporre che il fenomeno *crampo* tenesse a condizione degli organi centrali, cerebro e midollo, nè a condizione periferica muscolare o nervea (crampo idiopatico), nè che dovesse tenersi come epifenomeno di malattia d'altri visceri (forme enteriche) o costituzionali (pellagra).

Era tratto dunque a credere che tali crampi fossero una delle tante e proteiformi espressioni di quello stato speciale nervoso che s'usa chiamare *isterismo*, ed alla cui produzione nel caso nostro concorrono tanto la eccezionale attività di funzione dell'utero (senza però ch'io creda che tale neuropatia vi trovi il suo punto essenziale di partenza), quanto tutti gli altri momenti di depressione organica ricordati a proposito dell'oligoemia in gravidanza.

Oltre i caratteri proprii più addietro ricordati, io accenno fin d'ora al risultato negativo che diedero tutti i trattamenti posti in opera dietro il concetto di irritazione spinale quale sinonimo di stato congestivo o congesto-irritativo o di congestione meningea (copettazione lungo la spina, salasso, sanguisughi alle tempie ed alla nuca, bagni prolungati tiepidi, lauro-ceraso ad alta dose,

dieta), mentre dai tonici, dai diffusivi, dalla dieta nutritiva, non che dai narcotici e antispasmodici (valeriana, assafetida, josciano) usati come temperanti, come palliativi, se ne ottennero i più lodevoli effetti.

Mi dovetti però ben presto persuadere che la radicale cessazione dei fenomeni non è riserbata ad altro che al mutamento naturale di condizioni, alla cessazione cioè della gravidanza. — Che se dall'uso del chinino, diretto a scopo antitipico contro gli accessi ed i ritorni, si ottenne qualche vantaggio, stimo lo sia stato solo per la virtù tonica roborante dei chinacei in genere.

Io debbo mettere in avvertenza il medico sulle apparenze di questa condizione morbosa speciale alle gravide (ed alle nutrici), perchè dal polso concitato, dall' accensione del volto, dalla cefalea, dal calore aumentato e dai sudori concomitanti e consecutivi all' accesso non deduca trovarsi gli organi centrali in istato di congestione attiva: questi fenomeni sono la conseguenza dei prolungati e ripetuti accessi di spasmo generale, della funzione respiratoria intercettata per tensione spastica dei pettorali, ecc.

È raro che il bagno freddo al capo, o qualche lieve sanguisugio alle tempia sia stato necessario a togliere lo stato congestivo, passivo, centrale, che rimase dopo la scomparsa dello spasmo dei varj sistema di muscoli, e che ne fu l'effetto diretto.

Alle 10 storie di crampo in gravidanza che enumerai dettagliatamente nel lavoro del 1863, ne posso aggiungere altre quattro occorse nei due anni successivi.

E per essere breve, e perchè dai fatti risultino meglio i concetti espressi, ricorderò in ispecie la Codari Giuseppa (10 febbrajo 1862), la Bassani Rosa (25 maggio 1863) e la Rossi Paola (gennajo 1865) state colpite da tale forma, la prima successivamente in 5 gravidanze, la seconda in 9 successive, e la terza in 4; ricorderò come le sottrazioni sanguigne non portassero vantaggio alcuno in Medetti Carolina (settembre 1860),

Riva Maria (31 marzo 1862), Mascheroni Luigia (31 dicembre 1862), Parenti Luigia (9 marzo 1865) e nella citata Codari: la Romanò Angela (2 marzo 1865) ebbe 9 salassi senza trovar beneficio nè sollievo dell' acuto spasmo muscolare. — Fra queste 14 malate, due (la Parenti e la Codari) si sgravarono in Sala e diedero agio a verificare la cessazione dei crampi nei primi giorni del puerperio; nelle altre, poche eccettuate, per referto proprio quando ripararono di nuovo nella Sala, o per notizie cercate di poi, si ebbe a verificare l'identico risultato.

Tale neuropatia è della natura stessa della mastodinia, della cardialgia, della salivazione, dell' ipocondriasi, dell'epilessia e dell'eclampsia, che gli specialisti ricordano avvenire direttamente e pel solo fatto della gravidanza.

Capitolo II. — *La gravidanza considerata come causa determinante nella produzione di forme morbose, predisposte da altre cause.*

Ho passato per ora in rivista tutte le forme morbose che debbonsi ascrivere alla gestazione quale causa assoluta:

1.° agendo meccanicamente sul tessuto cutaneo, sul circolo grande e piccolo, sul cuore e sui polmoni, sulle intestina e sui reni, in causa del volume acquisito dall'utero:

2.° pertubando la innervazione e causando squilibrio della normale crasi sanguigna, in via diretta dapprima, indiretta di poi a cagione degli stessi disordini viscerali d' origine meccanica:

3.° inducendo speciale alterazione organica del miocardio e dei reni per la via dell' idroemia primitiva e secondaria.

Ma non è sempre come *fattore assoluto* di malattia che la gravidanza esercita la sua azione, la quale in altri momenti non è che *determinante* lo sviluppo di spe-

ciali morbosità, rappresenta per così dire il tizzone venuto a portare un incendio di mali gravi in individui, i quali, per cause estrinseche alla gestazione, erano fuori delle condizioni normali di salute e di costituzione fisica generale.

In altre parole, *date alcune cause predisponenti, la gravidanza entra come causa determinante* allo sviluppo ed allo speciale decorso di forme morbose, le quali d'altronde ritraggono i caratteri di quelle che si riferiscono alla sola azione meccanica, differendo nel grado, nell'intensità e nell'estensione delle lesioni funzionali e viscerali e delle risultanze patologiche.

Nelle donne che formano soggetto di queste osservazioni, infatti non è più un'edema parziale dei polmoni che troviamo, ma un imbevimento di sierosità diffuso a tutto intero il tessuto, cui si aggiunge versamento passivo rilevante dei cavi pleurici, pericardico e peritoneale, effusione di siero nelle maglie del cellulare sottocutaneo, da duplicare la circonferenza degli arti inferiori e superiori e lo spessore della cute dorso-ventrale: è una vera *mole idropica* nel senso lato delle apparenze e dell'entità.

Allora la percussione rileva aumentata la mutezza precordiale, l'impulso del cuore indebolito, debolissimi i toni cardiaci, turgescenza delle giugulari, assenza del fremito pettorale in tutta l'estensione del versamento, assoluta ottusità toracica in un medesimo livello anteriore e posteriore, e respirazione bronchiale tubaria, sostituita alla vescicolare; tutto ciò congiunto ad obbligata posizione seduta sul letto ed a subitanei intercorrenti accessi di soffocazione sotto il minimo movimento imposto al dorso. Come segno tristissimo e di grave imponenza, notasi specialmente (e vi fermo l'attenzione del lettore) la *rinoragia,* che in molte donne a questo stato di cose si manifesta negli ultimi giorni: dessa ci dà l'idea della denutrizione in cui sono caduti anco i tessuti profondi,

primi tra cui i vasi capillari sanguigni, i quali molli, sfiancati dall'onda sanguigna, si rompono e danno luogo ad uno stilicidio di sangue contro cui poco o nulla valgono gli astringenti, il ghiaccio, lo stesso tamponamento, poichè lo vediamo rinnovarsi appena vien tolto quest'ultimo, sebbene lasciato a lungo in posto.

Tale stilicidio, di espressione grave confermata sempre colla morte, è nuovo colpo alla vita già fuggente, togliendo anche quel poco di sangue che bastava tenere eccitato l'organismo: e diffatto alcune inferme durante lo stilicidio stesso perdono la vita.

Tutti questi fenomeni preparati di buon'ora, quantunque abbiano una medesima origine, pure diventano causa di aggravamento l'uno dell'altro, finchè partecipando il cervello all'edemazia generale, costituendosi versamento sottoaracnoideo ed intraventricolare, determinandosi sugli ultimi iperemia passiva a cagione della pressione che l'idiopericardio esercita sulle vene, l'ammalata perde gradatamente la coscienza, si fa soporosa e muore.

L'anamnesi di queste malate poi ci designa due punti importanti che costituiscono i due momenti causali dell'attuale condizione, e sono:

1.° morbose condizioni che hanno preceduta la gravidanza, e che talora l'hanno accompagnata fino al momento in cui cadono sotto l'esame del medico:

2.° fenomeni comuni di stasi meccanica circolatoria (più sopra descritti) e di turbata innervazione, derivati direttamente dal fatto fisiologico della gestazione.

Noi troviamo infatti le prime avanti tutto nella condizione stessa sociale di queste inferme, indi in altre e molte circostanze che sto per enumerare.

Contadine quasi tutte, obbligate a dure fatiche, hanno perduto ben presto la vigorìa della gioventù, la tonicità e la freschezza delle loro carni: provenienti dalla bassa campagna, dove domina la malaria, hanno sofferto di

febbri tipiche più di una volta ed anco per parecchi mesi di seguito. Codeste malate per affezioni intercorrenti (polmonie, pleuriti, forme enteriche in genere) contano pure qualche puerperio infelice per metrite e metroperitonite, ed ebbero a soggiacere a largo trattamento antiflogistico, quale nelle campagne ancora è usato in tutta la sua pienezza ed energia. Maritate di buon'ora, nel breve corso di 15 a 20 anni di matrimonio contano talora senza posa e a brevi intervalli persino otto, dieci parti ed altrettanti allattamenti, prolungati questi non mai meno di 12 a 15 mesi. — Quante fatiche, quanti patimenti, quanta ragione di deperimento organico!... Ci narrano infatti avere sofferto in parecchie di queste fasi malanni diversi; esser state talvolta ripetutamente e quasi in ogni gestazione edematose; da qualche tempo patire di isterismo, ch' esse stesse vi dicono mitigarsi nelle sue manifestazioni quando possono mangiare e nutrirsi bene: ciò che è loro vietato dalla miseria in cui vivono: narrano che hanno dimagrato, che si sono fatte deboli, che non possono più lavorare alla campagna.

Per tutte queste cause, cadute in condizioni infelici di sanguificazione, portando per di più ipertrofie di milza da vederla talvolta discendere fino alla regione colica, e preparato così un substrato facilmente inclinevole a malattie diverse, sotto l'influenza di tale stato in un'altra gravidanza (spesse volte fatalmente l'ultima) e negli sconcerti circolatorj di cui è compagna, trovano la *causa determinante* di alterazioni funzionali ed organiche ben più profonde e gravi, che non lo siano state nelle altre gravidanze: e vi incontrano l'estremo fine, perchè sotto tali condizioni si fanno più pronti e più abbondanti i versamenti pleurici e pericardici, più intensa e diffusa la degenerazione adiposa del miocardio, più esteso l'edema polmonare, giunta ad un grado intollerabile l'anemia dell'encefalo e l'effusione sierosa dei ventricoli, e più presta ed inevitabile la morte.

Che se avvenga in taluna di queste meschine che le alterazioni organiche, in ispecie i versamenti, si siano costituiti più tardi e non si sieno elevati ad alta misura, nel tempo stesso che lo spontaneo anticipato svuotamento dell' utero sia venuto a ridonare un pò di libertà al circolo, evitando così l' estremo fine; desse debbono nullameno attraversare un' infinita quantità di accidenti, prima che possano dirsi scomparsi gli essudati e ristabilita le salute.

Tale esito è assai raro; e per essere raggiunto richiedesi da un lato una resistenza organica eccezionale ed un ben addatto trattamento, dall' altro la condizione essenzialissima, che l'albuminuria cessi prestamente e dia così il criterio sicuro che il tessuto renale è ritornato alle condizioni normali, che non è stato tradotto a quelle alterazioni organiche, a quelle degenerazioni speciali le quali, quando esistono, ammettono di rado la guarigione, anzi ordinariamente persistono, passano a cronicità, non permettono anche dietro un opportuno indirizzo curativo la ricostituzione dell' organismo, e nel caso nostro mantengono invece ed aggravano le avvenute effusioni sierose.

Poco commendevole per l' effetto loro labile e incerto riescì in queste gravi malate la serie comune dei medicamenti diuretici: all' incontro giovarono assai più i bagni a vapore secco, a scopo sudorifero (colla lampada ad alcool), e l' involgimento degli arti inferiori nella lana dopo generosa unzione con olio: furono utili e non mai seguiti da accidenti le scarificazioni cutanee ripetute e seguite da metodica pressione onde svuotare lo siero di cui è imbevuto il cellulare e togliere la dolorosa distensione: si fecero unzioni jodiche alle ascelle e si applicò pure qualche vescicatorio volante al torace (estrazione dello siero e applicazione di bambagia a scopo essicativo): tutto ciò coadiuvato da una proporzionata dieta nutri-

ente tonica, e dall' amministrazione di preparati ferruginosi.

Mi prefiggo di riunire dapprima in un breve quadro statistico tutti i casi di tal natura, per narrare in seguito i soli esempi fra questi più salienti e scevri da complicazioni, volendo che dai particolari loro meglio risalti la verità del mio asserto; altri simili figureranno altrove e massimamente alla sezione puerperio.

Sono 30 malate contadine tutte, meno due operaje, che prevenivano per la maggior parte dalla bassa campagna dove dominano le febbri miasmatiche: avevano in media l' età di 30 a 35 anni; 3 sono primipare, e 25 pluripare: molte fra queste ultime erano già state madri almeno cinque volte ed altrettante volte avevano sopportato prolungati allattamenti a 12, 15 mesi: sgravate in media fra la fine del 7.° ed il principio dell' 8.° mese di gestazione (sole 5 a termine) ne guarirono 4 (due primipare, due pluripare); ne furono operate 9 di taglio cesareo, e ne morirono 17 dopo il parto, in media fra il 20.° ed il 30.° giorno di puerperio. Ne risulta, da un lato la pluriplarità, i ripetuti allattamenti, la condizione povera, la provenienza da paesi paludosi, le pregresse sofferte febbri miasmatiche intermittenti, come cause generalmente predisponenti; dall' altro lato il parto prematuro, il frequente esito funesto, la morte in gravidanza, o pochi giorni dopo il parto, quali conseguenze delle alterazioni organiche prodotte dalla condizione anemo-idroemica, nel mentre la storia anamnestica ci addita a ripetizione di simili patimenti nelle pregresse gravidanze e ad incrudimento sempre maggiore nelle più recenti.

Quale fosse il quadro dei sintomi presentati da tali malate, lo mostrai già nella descrizione generica che ne diedi. Qui nel citare nominativamente i casi non farò che rimarcare le cose più salienti, gli accidenti speciali meritevoli di attenzione.

Sacchi Cecilia, d'anni 23, contadina di Vigentino (15 marzo 1865), aveva sofferto solo *di febbre da malaria negli anni anteriori*; trovavasi alla sua prima gravidanza ed il ventre era assai disteso e più del normale; ci perveniva coi segni datanti da circa un mese di edemazia generale e polmonare e di versamento sieroso che riempiva il terzo inferiore della cavità pleurica destra; aveva afonia, dispnea rilevante, soffio dolce prolungato del 1.° tono cardiaco, e da 15 giorni rinoragie frequenti, talora abbondanti. Tre giorni dopo il suo ingresso partorisce due feti dell'età di 6 mesi circa, e già il 9.° giorno di puerperio respirava più liberamente, s'era detumefatta, e progrediva il già incamminato riassorbimento del liquido versato nella pleura destra; fu dato qualche diuretico, un pò di digitale sulle prime, indi dieta roborante nutriente e preparati ferruginosi; ed in 22.ª giornata di puerperio potè lasciar l'Ospitale.

La Scotti Maria (29 giugno 1863) contadina di Assago, era pure primipara, ma l'abbondanza dell'idramnios vi fu notata a dar ragione del rapido sviluppo dei fenomeni d'anassarca, incominciati nell'8.° mese coi fenomeni di versamento sieroso, doppio, pleuritico, occupante circa i $^{2}/_{3}$ inferiori delle due cavità, di edema polmonare e di versamento sottoaracnoideo e intraventricolare (apatia, prostrazione generale, sonnolenza) riscontrati alla sezione in un colla flaccidezza del miocardio. La morte seguì un'ora dopo il parto, durante il quale e prima della sortita del feto fuvvi una metrorragia, che sarebbe stata indifferente per altra donna, ma che fu fatale a questa, la quale versava in condizioni infelicissime di ematosi.

Altra primipara fu la Rossi Luigia (6 aprile 1865), contadina di Abbiategrasso: *febbri miasmatiche* patite alla metà della gravidanza la predisposero d'assai alla condizione anassarcatica che si sviluppò presto e rapidamente nella 2.ª metà, e giunse a dare fenomeni imponenti; partorì a domicilio e ci giunse in 7.ª giornata di puerperio coi sintomi d' idroemia avanzata, di edemia polmonare, di versamento pleuritico bilaterale, limitato a proporzioni minime, e di maggiore raccolta ascitica: le *febbri tipiche* ripresero dopo il parto: il chinino, i preparati marziali e la dieta carnea la rimisero in condizioni soddisfacenti, essen-

dosi riassorbiti i versamenti e ripristinata in gran parte la libertà del respiro.

Gli altri 27 casi sono di *donne* pluripare; alcune avevano persino avuto 8, 9 parti: due sole fra queste guarirono, e furono la Bianchi Teresa (6 maggio 1863), contadina di Magenta, d'anni 23, e la Mazzini Maria (14 maggio 1863), contadina di Coronate, d'anni 23: anasarcatiche, portavano idrope pleurico doppio; la prima destro, la seconda sinistro, congiunto ad intenso edema polmonare; dopo il parto, che fu ottimestre per la seconda, e dietro opportuno trattamento, poterono nel corso di 40 giorni ritornare alle loro case, essendo incamminate a sicura guarigione e scomparse le alterazioni viscerali riscontrate.

Di queste pluripare, le 25 che ebbero esito infausto vanno divise in quelle che morirono dopo il travaglio ed in quelle morte nel corso della gestazione. Sono 16 le prime; e siccome 7 di queste figurano già colle loro storie nel mio lavoro citato (1), non saranno qui inutilmente un'altra volta ricordate; non mi resta quindi a dire che delle altre 9, esemplari evidenti di idrope anassarca ed esenti da complicazioni accidentali morbose.

L'idrope fu generale, intenso ed esteso a tutte le cavità nelle 3 seguenti :

Sironi Cristina d'anni 25, contadina di Cascina Amata (3 ottobre 1863): la *gravidanza* anteriore era stata *gemella* e vi aveva sofferto *disturbi di circolo* e *fenomeni bronco-polmonari intensi*: di nuovo incinta per la 4.ª volta, era stata bene nei primi sei mesi: si fece edematosa verso il 7.°, poi dispnoica, ci giungeva con versamento addominale manifesto e rilevante, con mutezza del $^1/_3$ inferiore d'ambo i lati del torace per effusione sierosa, mentre la maggiore estensione della mutezza precordiale, la lontananza dei suoni cardiaci, il fremito ondulatorio nell'impulso cardiaco, mostravano la presenza di un idro-pericardio: il torace pieno di ronchi d'o-

(1) « Annali Univ. », 1863.

gni timbro e di rantoli fini, umidi accenna a catarro difluso bronchiale e ad edema del tessuto polmonare: ortopnoica, di tanto in tanto presa da accessi più vivi di soffocazione, partorisce a termine l'8 di ottobre — persiste e cresce a dismisura l'ascite in guisa da richiedere il 17 la paracentesi: ma ben presto la raccolta si rifà, mentre aumenta l'idrope toracico e si aggiunge diarrea sierosa profusa: ogni giorno la meschina minaccia soffocazione e il 3 novembre si pensa a togliere la soverchia distensione prodotta dall'ingente ascite rinnovatasi: ma la perdita di tanto umore albuminoso in così breve tempo la denutrisce rapidamente, finchè resa minima la superficie respirante dei polmoni, stretto il cuore dal liquido che lo circonda, tolto al diaframma la libera discesa per la raccolta addominale, muore asfitica il 18 dicembre.

La sezione cadaverica verificò il versamento siero-albuminoso di tutte le cavità sierose senza segno di condizione attiva: degenerazione adiposa del cuore; milza e reni pallidi, di tessuto normale: fegato anemico untuoso: poco siero sottomeningeo.

Altro caso d'idrope generale fu quello di Brunelli Maria (16 maggio 1865), contadina di Cascina Barona d'anni 37. Fu *soggetta a febbri miasmatiche* in gravidanza, poi anassarcatica sulla fine con fenomeni dispnoici; partorì a casa il 28 aprile, continuò l'affanno grave di respiro, ripresero le febbri tipiche nei primi giorni di puerperio e l'uso del chinino le arrestò. Il 16 maggio ci giunge in Sala coi sintomi di versamento pleurico, pericardico e peritoneale, e con urine albuminose: sono applicate mignatte 10 per volta all'ano nei giorni 25, 27, 30 maggio, nell'intento di sgorgare il circolo venoso e dar luogo ad assorbimento delle effusioni, nel mentre che il joduro di potassio quale induttivo organico, veniva spinto alla dose di $^1/_2$ grammo al giorno: nè da tale medicazione, nè dai diuretici alcun miglioramento; alla tensione successiva della cute degli arti inferiori per l'edema del cellulare sottoposto si riparava con frequenti punture a mezzo della lancetta e colle unzioni d'olio seguito da involgimento nella lana. I versamenti sierosi aumentando, morì la donna per asfissia il 30 giugno. — L'autopsia mise in evidenza le alterazioni viscerali diagnosticate, comuni

a queste malate: noto solo come le sierose presentassero nè opacamento, nè segni di processo attivo, e come i reni avessero tessitura normale e fossero poveri di sangue.

Nella Cazzulani Maria (3 luglio 1863), contadina di Cisliano, d'anni 33, le *influenze paludose* colle *febbri tipiche* facilitarono lo sviluppo delle medesime condizioni morbose durante la gravidanza: ebbe metrorragia grave consecutiva al parto: ci giunge nel 16.° giorno di puerperio avendo versamenti generali, e muore tre giorni dopo il suo ingresso; medesime alterazioni patologiche: reni normali.

Fu parziale l'idropisia nelle altre sei malate, quantunque il cuore partecipasse in tutte più o meno alla degenerazione adiposa, e l'edema polmonare fosse in tutte costante e di grado elevato.

La Mantegazza Luigia (7 aprile 1865), contadina di Abbiategrasso, d'anni 36, patì di *pellagra* con *forma diarroica* in passato: era stata *salassata* 5 *volte a domicilio* senza beneficio alcuno per la tosse e l'affanno sopravvenuto nel 7.° mese di gestazione: noi la vedevamo anemica al grado estremo e con idropisia pleurica sinistra e addominale; partorì nell'8.° mese precedendo emorragia alla sortita della placenta e soccombette all'ortopnea il 7 maggio. L'esame microscopico mostrò la degenerazione adiposa del miocardio avanzatissima; i reni in istato normale, meno l'anemia estrema alla quale partecipavano tutti i tessuti.

Arosio Maria (19 dicembre 1864), contadina di Biassonno, d'anni 36, per gli accennati disturbi circolatorj e respiratorj, patiti anco in altre gravidanze, aveva nell'ultima sopportate *molte sottrazioni generali*: aveva avuto un parto prematuro ottimestre a casa: entrava in Sala in corso di puerperio ed in istato di grave idroemia, la quale datava dal 7.° mese di gestazione: vi moriva pochi giorni dopo mostrando alla sezione ingentissima edemazia sottocutanea, anemia estrema e raccolta ascitica; — e Falcetti Rosa, d'anni 24, di Milano, cucitrice, *clorotica fin da ragazza*, soffrente spesso di catarri gastrici, trova-

vasi nella 4.ª gravidanza: aveva avuto vomito frequente e gastralgie nei primi tre mesi; subentrò edemazia generale, tosse e dispnea dall' 8.º mese di gestazione; entra il 29 marzo 1865 in Sala già a travaglio incominciato: il medico di guardia le ordina un salasso: partorisce verso sera un bambino a termine: la dispnea cresce, e la paziente muore il giorno dopo; portava versamento doppio pleurico e scoloramento anemico generale dei tessuti e del cerebro.

La Gandini Maria (13 gennajo 1865), d'anni 29, contadina di Barate, aveva idropericardio ed ascite passivo, e come complicazione di data anteriore si trovarono *aderenze solide, estese, pleuritiche d'ambo i lati.* Nella Lombardi Paola (25 gennajo 1865), d'anni 26, contadina di Melegnano, oltre un ingente idropericardio passivo trovai, come lesione antecedente alla attuale gravidanza, una *stenosi marcata dell' orificio aortico ed incipiente ateromasia delle valvole semilunari*; tale viziatura organica non fu certo la causa dei disturbi circolatorj e polmonari in essa riscontrati, giacchè questi nacquero solo dopo il 6.º mese di gestazione; la Lombardi godeva ottima salute per lo avanti, e la stenosi è di data antica.

Per ultimo dell' Orto Maria (18 dicembre 1863), contadina di Gudo Visconti, d'anni 28, oltre il versamento pleuritico doppio passivo, presentava un bell'esempio di degenerazione adiposa del miocardio, con dilatazione d' ambo le cavità ventricolari ed estremo assottigliamento delle pareti della destra: aveva patito *ripetutamente ed a lungo febbri miasmatiche* e nell' ultima gravidanza fu *salassata* 5 *volte in un mese* per tosse e dispnea che s' erano manifestate verso la fine del 7.º mese.

In tutte queste storie figura, come si vede, una causa predisponente (febbri tipiche, anemia da salasso, clorosi, diarrea pellagrosa, vizio organico di cuore, gravidanza gemella e anteriori turbamenti del circolo e del respiro) che ha agevolato lo sviluppo e resa maggiore la gravezza delle alterazioni che la gravidanza, come agente meccanico, avrebbe indotte in quegli organismi per propria ed unica influenza morbosa.

Ben più gravi furono i casi che fanno seguito, e nei quali tutti per le solite circostanze, in parte rilevate dalla storia anamnestica, gli ostacoli al circolo ed al respiro giunsero così presto a tale somma di intensità che la morte sopravvenne prima che si determinasse l'espulsione del prodotto.

Dei 9 casi appartenenti a questa serie, vediamo:

Monica Maria, d'anni 29 (10 agosto 1865), contadina di Ferno, e Carminati Maria, (3 maggio 1863), d'anni 24, contadina di Melegnano, avere *manifesta condizione clorotica* fin dall'età giovanile con irregolarità di mestruazione. — Terni Maria (26 settembre 1863), d'anni 27, contadina di Cussago, patire di *febbri da malaria*, e Farini Maria, d'anni 45 (19 agosto 1864), contadina di Baggio, soffrire di *catarri acuti durante i primi mesi della gestazione.* — Busnelli Maria, d'anni 40 (21 dicembre 1863), giornaliera, abitante in Milano, fu sempre *clorotica e amenorroica,* e nell'ultima gravidanza ebbe *diarrea e febbri accessionali.* — Roncoroni Luigia, infine, d'anni 22 (2 dicembre 1862), contadina di Garegnano, durante il 6.° il 7.° e l'8.° mese patì di *gastralgie*, di *nausee* e di *vomiturazioni continue* di origine riflessa, senza fenomeni flogistici ed è assai denutrita perchè non sa tollerare cibo di sorta, e perchè si aggiungono anche diarree profuse ostinate.

Lo stesso fu di Colombo Angela, d'anni 27, cucitrice, abitante in Milano (3 agosto 1865), la quale era abitualmente *mestruata due volte al mese*; maritata da soli 18 mesi, nella prima gravidanza ebbe a patire di *gastralgie* e *vomito ostinato*, che la indussero a cattivo stato e troncarono la gestazione all'8.° mese espellendo un feto morto. Nella seconda gravidanza ricompajono i *fenomeni simpatici del ventricolo al* 3.° *mese*, continuando *ostinati* per due mesi, più tardi si aggiunsero diarree, versamenti delle pleure e del pericardio e sempre travagliata da vomito soccombette ancora gestante.

Per Mangini Agostina (3 dicembre 1862), d'anni 36, contadina di Pioltello, e per Pagani Adelaide (11 ottobre 1863),

d'anni 34, cucitrice, abitante in Milano, mancano i dati anamnestici, e solo si rilevano le solite effusioni sierose alle pleure ed al pericardio in grado elevato.

Queste nove ammalate trovavansi ancora incinte, tutte oltre il 7.° mese, quando rimasero vittima dell'edema polmonare e dei versamenti e della conseguente asfissia: fu quindi dovere eseguire la *gastroisterotomia* ed estrarre il prodotto del concepimento. L'operazione fu sempre eseguita dal Chirurgo di guardia, chiamato al letto della paziente negli ultimi momenti di vita, e fu compita sempre appena che la cessazione dei battiti cardiaci e delle respirazioni dinotava avvenuta la morte: le sezioni cadaveriche non smentirono in nulla la diagnosi fatta in vita di idrope-anassarca, indipendente da altre lesioni viscerali che non fossero quelle più volte ripetute e trovate identiche in tutti i soggetti di cui si narrò fin qui la storia.

Ora dovrei dire dell'esito che la gastro-isterotomia ebbe per rapporto al feto: ma io raggrupperò qui insieme le questioni che sorgono necessariamente, appena si considera coll'occhio dello specialista la simultanea esistenza di una condizione fisiologica e di condizioni morbose gravi; e cioè tenterò determinare 1.° in qual modo tali condizioni morbose, proprie alla gravidanza, influiscano sul decorso di questa: 2.° in egual modo influiscano sulla vita del feto.

Prendendo in massa la cifra delle malate che si riferiscono in gruppi patologici descritti, noi abbiamo circa 48 gestanti, le quali in numero di dodici sono condotte a termine, in numero di dieci finiscono all'8.° mese, di diciotto al 7.° e di otto al 6.° — Sono quindi $^3/_4$ (37 su 48) delle gravidanze che non giungono a maturazione senza che una condizione morbosa propria ed esclusiva del feto o delle dipendenze giustifichi la cessazione di tale funzione; la condizione generale della donna rimane solo a spiegare il fatto ed a qualificarsi come causa prima e predisponente dell'arrestato progresso della gestazione, mentre le

conseguenti alterazioni di tessuto indotte nell'organo gestante (già da noi ricordate addietro, parlando dello stato del pudendo, della vagina e della porzione cervicale uterina, che partecipano all'edemazia meccanica, ecc.), sono a considerarsi quale causa prossima, determinante.

Quanto alla influenza sulla vita del feto è facile il prevedere la risposta.

Anche non volendo tener calcolo della poca resistenza vitale dovuta alla prematurità di espulsione del feto (12 soli a termine su 48) è duopo riconoscere nelle condizioni ematologiche primitive e secondarie della donna una triste influenza nella stessa vita del feto durante il suo soggiorno nell'utero, giacchè su 48 gravide che diedero 50 feti (*due furono gemelle*), ne contai 24 nati vivi (11 *a termine*, 4 *fra l'ottavo ed il nono mese*, 8 *fra il settimo e l'ottavo*, 1 *fra il sesto ed il settimo*), 26 nati morti (1 *a termine*, 6 *fra l'ottavo e il nono mese*, 10 *fra il settimo e l'ottavo*, 9 *fra il sesto ed il settimo*): il che prova come più della metà dei feti (26 su 50) morirono entro all'utero prima di essere espulsi: la data poi della morte per alcuni è stata recente, preveduta dalla madre che sentì mancare i moti attivi negli ultimi 5 a 6 giorni di vita: per altri invece si mostrò più lontana, giacchè il corpo del feto presentava i segni della macerazione, flittene, depidermizzazioni estese, ipostasi cadaveriche, odor putrescente e rammollimento dei tessuti e degli organi parenchimatosi. I feti espulsi in tali condizioni furono in numero di 11, di cui l'età apparente per 3 fu fra l'ottavo ed il nono mese, per 7 fu fra il settimo e l'ottavo, e per 1 fu fra il sesto ed il settimo. Due fra essi mostrarono versamento passivo peritoneale, oltre ai suddetti segni di morte intra-uterina non recente.

Dai dati statistici degli esiti che le condizioni morbose descritte inducono sulla salute e vita della madre, sulla

durata della gestazione, sulla vita del feto, io traggo le seguenti deduzioni:

1.° che le incinte idropiche corrono il maggiore pericolo fra il 7.° e l'8.° mese:

2.° che più della metà delle gravidanze viene troncata prima del termine e più frequentemente fra il 7.° e l'8.° mese:

3.° che più della metà dei feti perdono la vita nel seno stesso delle loro madri anassarcatiche:

4.° che la morte del feto per circa la metà delle volte precede quella della madre di parecchi giorni, da 15 a 20, lasciando le impronte della macerazione manifesta e talvolta avanzata.

Nel chiedere a me stesso in quali rapporti di causa e di effetto si tenga l'anticipazione del parto colla condizione anassarcatica della donna e colla morte intrauterina del feto; od in altre parole, quando, nel caso concreto, il parto abbia anticipato per la condizione anassarcatica della donna e quando per la morte del feto entro all'utero, confessai a me stesso che la soluzione ne era difficile assai. Prima di tutto manchiamo finora di studj esatti che ci mettano sulla via del determinare, dietro le alterazioni organiche del feto, da quanto tempo, prima della espulsione, quest'ultimo abbia perduta la vita nell'utero. Secondariamente, perchè nella imperfetta cognizione delle cause determinanti il travaglio ci è difficile il giudicare quanta parte vi possa avere l'idroemia come condizione parziale del parenchima uterino. In terzo luogo, perchè non può definirsi se la vita del feto si estingua direttamente per la partecipazione che esso prende alla idroemia materna, o semplicemente ed indirettamente per alterazioni funzionali od organiche della placenta.

Nelle sezioni che feci delle anassarcatiche morte o in gravidanza od in puerperio, ho notato in alcune, non però

come fatto costante, una imbibizione sierosa, uno scolo-ramento, una mollezza del tessuto placentale che attestavano il partecipare di quest' organo alla condizione materna. Quanto valore avesse questo fatto patologico sul determinare la morte del feto o sul determinare il parto anticipatamente, io non saprei definirlo esattamente, dacchè mancò talora nei casi più elevati di idroemia, e si trovò mancare in casi in cui il feto presentava i segni di avanzata macerazione.

Ciò che più mi preme discutere si è la convenienza o meno di determinare artificialmente il parto quando lo stato generale della donna ci annunci versamenti nelle cavità, degenerazione del miocardio, edema polmonare incompatibile, intanto che il feto continua a dar segni di vita.

Prima di pronunciarmi su tale quesito, io debbo esporre la mia convinzione pratica, il concetto e la presunzione che mi sono fatto dal diligente esame dei molti esemplari occorsimi di tale forma morbosa: esser cioè io inclinato a ritenere che mentre da un lato la risoluzione dei versamenti pleurici e pericardici e dell'edema polmonare sono in questi soggetti, come sempre, difficilissimi, assai lenti, incerti, e mentre dall'altro lato gli elementi cardiaci degenerati in adipe (alla stessa guisa di quelli d'ogni altro muscolo) non si elevano più al primitivo grado in cui si trovavano della scala istologica: una triste convinzione si è pure in me fatta in pari tempo della insufficienza, della impotenza dei sussidj terapeutici che d' ogni *natura* e *valore* furono posti in opera nelle *sovraccennate condizioni* di queste pazienti.

Gli è appunto in queste viste pratiche che mi nacque nel caso concreto il pensiero della *artificiale provocazione del parto*, al quale io attribuisco teoricamente e non senza razionale indicazione un doppio vantaggio per la madre e per il prodotto. La prima vi

troverebbe una probabilità maggiore di salvezza, quando l'operazione fosse fatta in un momento della gravidanza in cui i disordini organici da idroemia lasciassero lusinga ancora di regresso, di dissipazione, quando cioè con una sufficiente tonicità dell'impulso cardiaco, mostrassero soltanto incipienti i versamenti sierosi e non diffusa l'imbibizione polmonare.

Tolta la causa diretta meccanica di stasi circolatoria in un tempo in cui gli effetti suoi non si siano ancora costituiti quali cause essi stessi di aggravamento della condizione idroemica generale, in allora la lusinga di regresso può esser fondata e con questa la vita della donna meno sicuramente compromessa. E dico meno sicuramente, lo ripeto, perchè l'assorbimento delle effusioni è incerto sempre, e perchè il susseguente puerperio ha per sè stesso (come vedremo in appresso) un'influenza malefica, aggravante, su tal genere di condizione morbosa.

Il secondo vantaggio di un parto prematuro provocato è pel feto; la vigoria de'suoi moti attivi e dei suoi battiti cardiaci, ci guida a diagnosticare del suo stato, del grado di partecipazione alla condizione materna, e del grado di sua resistenza organica fuori del seno materno. Che se ad onta dell'esser tolta la causa meccanica di pressione sugli organi e visceri materni collo svuotamento dell'utero, la donna sarà egualmente destinata a morte, avremo salvata nullameno una delle due vite compromesse e raggiunto così uno degli scopi che l'ostetrico si prefigge nel portar la mano e gli istrumenti sulla donna gestante o sul prodotto del concepimento.

Tale proposta io sottopongo alla coscienziosa disamina dei cultori della medicina ostetrica, ed avrò caro sentirne l'imparziale giudizio, quando questo sia dettato dal pratico esame e trattamento di simili tristi casi.

Capitolo III. — *La gravidanza, causa di forme morbose per mancate condizioni fisiologiche attribuibili all'utero, al prodotto ed alle dipendenze.*

Nei due capitoli precedenti ho parlato della gravidanza, fisiologicamente decorrente, come causa *assoluta* (diretta od indiretta) e come causa *determinante* delle varie forme patologiche avute nel Comparto.

In questo 3.° capitolo dimostro per qual via le condizioni volute nell'utero, nel prodotto e nelle dipendenze, per un normale decorso della gravidanza siano state cause di disordini e di forme morbose per essersi allontanate dall'ordine fisiologico.

Incomincio da quella deviazione dell'asse uterino chiamata *retroversione in gravidanza.*

La statistica che tengo per mia propria pratica di questo accidente in gravidanza depone contrariamente al voto dell'Accademia di medicina a Parigi nel 1853 ed all'asserto di coloro che lo vogliono rarissimo, potendone contare ormai 5 casi avvenuti nella Sala Maddalena, un 6.° nella Sala Fosso, un 7.° nella Sala Lavorerio e 2 altri nella mia pratica privata; in tutto 9.

E quando io leggeva in Maygrier, in Cazeaux, in Jacquemier, in Chailly, e sentiva da Depaul, dagli ostetrici nostri e da alcuni di Germania, esser loro toccato raramente di incontrarsi più di una volta in una retroversione uterina, non poteva a meno di meravigliare della diversità e frequenza colla quale un tal fatto è a me capitato. Ma le circostanze in cui è posto il medico vengono a metter luce in proposito: e per vero, primo fenomeno che colpisce la paziente non è quello dello spostamento uterino, ma della ritensione d'urina, dell'iscuria; quindi ecco che invece di ricorrere direttamente all'ostetrico, od all'ospizio di Maternità, la paziente ricorre al medico ordinario od agli ospedali comuni.

In questi poi, colle difficoltà di eseguire una giusta diagnosi nel momento d'accettare la malata, è dessa collocata nelle Sale comuni per iscuria, quale fenomeno primo appariscente, e non nella speciale delle malattie femminili, essendo a tutta prima sconosciuta la deviazione dell' utero.

Ecco dunque come sfugge all'ostetricante per errore del malato, o di una visita superficiale, un buon numero di queste forme, mentre nel comparto nostro ci vengono quasi tutte indirizzate, o direttamente, perchè annunciatesi gestanti all'accettazione vi sono trasferite per il solo fatto d'esser gravide (1), o indirettamente dalle altre Sale, quando in una visita successiva accurata viene a risultare la entità morbosa ed a mettersi in chiaro lo stato di gestazione.

Che se poi teniamo calcolo dei molti casi nei quali per lo spontaneo innalzarsi del viscere oltre l' escavazione viene grado grado a ristabilirsi la funzione della vescica prima che la malata abbia ricorso al medico, o questi, poco esperto, abbia avvertito l'accidente, verremo tanto più a confermare essere la frequenza delle retroversioni maggiore di quanto dai più si ritiene.

L'iscuria fu il titolo medico pel quale fecero ingresso nel comparto le cucitrici Vitali Anna (25 agosto 1863), e Trasisto Cecilia (febbrajo 1863), e la contadina Rezzi Clementina (18 gennajo 1865): la Sestagalli Maria (30 marzo 1864) vi giunse con attestato di idrope acuta, ad appoggiare il qual concetto forse valsero i dolori diffusi alla vescica soverchiamente tesa ed all' utero che compresso nella escavazione incominciava a reagire con con-

---

(1) Dissi che il Regolamento saggiamente vuole che tutte le incinte, qualunque sia la condizione morbosa onde sono affette, (meno le forme contagiose), siano accolte e accumulate in un solo comparto, la Maddalena.

trazioni vaghe, dolorose, insieme a facilità al vomito, edema degli arti inferiori, reazione febbrile. — La Fontana Cristina (1 aprile 1862) era stata caratterizzata per tumore addominale, forse per un idrope ovario.

Uno degli esemplari di privata clientela avvenne in C. Ernesta, d'anni 23, benestante, incinta per la 1.ª volta: dessa mi fece chiamare, non per l'iscuria, ma perchè solo al 4.º mese di gravidanza essendosi manifestato in lei un vomito ostinato, che dessa sapeva avvenire nelle incinte al principio della gestazione, si spaventò per tale stranezza, di cui non sapeva darsi ragione, nè trovare una causa.

Il secondo fu nella cucitrice P. Celestina già madre a tre bimbi, nella quale il fenomeno avvisato per primo fu l'iscuria, siccome fu nei due casi avvenuti nelle Sale Prato e Lavorerio.

Di questi due ultimi non ho potuto far mie le cedole, perchè gentilmente chiamatovi dai Funzionarj dirigenti quei comparti solo a verificare e ridurre la retroversione.

Io mi credo dispensato dal descrivere il diario clinico di queste storie, pensando che annojerei il lettore, e ripeterei dettagli comuni, ovvii. Nel discutere alcuni punti dell'argomento generico della retroversione in gravidanza, dirò anche del corrispondente fenomeno o del fatto importante notato nei casi concreti di ogni singola osservazione. E questa condotta io ho tenuto e terrò in ogni argomento che figura nei capitoli tutti del rendiconto, perchè sono per mia stessa natura avverso alla prolissità, e perchè so di parlare a colleghi cogniti della scienza e della specialità.

In due sole, fra queste nove donne, la retroversione avvenne per causa accidentale e subitaneamente. La Rezzi cadde sulle natiche scivolando di gennajo in istrada sul terreno ghiacciato, e la Vitali, sedutasi malamente sul-

l'orlo della sedia, questa venuta a mancarle dissotto, cadde a terra coll'intero peso del corpo.

Ad onta della violenza e istantaneità della causa, i fenomeni conseguenti non comparvero però nella Rezzi se non più tardi e gradatamente, giacchè l'accidente avvenne mentre trovavasi a soli tre mesi, o poco più, di gestazione; epoca in cui il volume dell'utero non poteva arrecare grandi ostacoli meccanici nella cavità pelvica, in essa normalmente conformata; decorsero infatti 25 giorni circa prima di accorgersi che, oltre alla difficoltà dell'emettere le urine, ed alla consecutiva enuresi, il ventre prendeva proporzioni smisurate. La Pogliani invece che trovavasi verso il compimento del 4.° mese, provò iscuria poco dopo la caduta, ed accusò presto dolori vescicali, perchè la distensione della vescica s'era fatta meno lentamente che nella Rezzi, a cagione del modo più violento e repentino con cui l'occlusione del canale uretrale venne operata dallo spostamento uterino già giunto a volume maggiore.

Di tutte le altre 7 donne, due sole lasciarono sospettare l'esistenza di una causa alla retroversione; per la pluripara Pestagalli infatti militava la narrazione di prolasso d'utero datante dal parto precedente, e per la Fontana primipara un'ampiezza marcatissima di bacino. Dall'ignoranza di una determinata causa nelle altre 5 io però non posso dedurre che la retroversione sia stata secondaria alla ritensione delle urine od all'accumulo di feci, siccome taluni autori e pratici vorrebbero avvenisse in dati casi: io non posso ammettere all'atto pratico questi due accidenti quali causa isolata di retroversione uterina, se non quando sia provata e constatata l'esistenza di altre cause (la stenosi del canal uretrale o del retto, la vera coprostasi), che possano spiegare la produzione della iscuria e dell'accumulo di feci, che abbiano preesistito alla retroversione uterina e che si mantengano anche dopo

la correzione di quest' ultima. Ciò che io non vidi accadere e che i sostenitori della rifiutata opinione non dicono nelle loro storie. Credo bensì che parecchie cause predisponenti riunite insieme possano diventar causa determinante di spostamento, senza che noi possiamo rilevarle tutte all' atto concreto e fissare il loro modo d' azione in via assoluta. In un caso solo io penso possa l'iscuria di buon' ora indurre direttamente la retroversione, quando, cioè, esista un prolasso, un abbassamento dell'utero in sul principio di gestazione (per lassezza della vagina e dei legamenti); e lo deduco dal fatto che nei casi di spostamento dell' utero vuoto, compreso il prolasso stesso, e nei casi di tumori addominali dove, senza avvenire pressione sul condotto uretrale, il corpo della vescica subisce stiramento, si ha di frequente disturbo della funzione del mingere, e non rade volte iscuria. Ora a mio credere deve accadere lo stesso e meglio d'un utero gestante prolassato che seco reca in basso la parete posteriore, il basso fondo della vescica; si produce stiramento e chiusura dello sfintere vescicale, ne risulta raccolta d' urina, che gravitando sulla parete anteriore e sul fondo dell' utero, obbliga il viscere a giacere in retroversione forzata.

Senza discorrere dei segni comuni a tutti i casi di retroversione uterina, ed a quelli pure da me osservati (come la cistoplegia associata talvolta ad incontinenza, la stipsi, i dolori lombo-addominali) e trascurando pure di entrare nei particolari dei caratteri ottenuti dall' esame fisico esterno ed interno, non ommetterò di accennare le varietà degne di rimarco che questi 9 casi mi presentarono, e di esporre le mie considerazioni pratiche.

Tre volte il cateterismo diede luogo a perdita di poche goccie di sangue dovuta a lacerazione di qualche vasellino della mucosa uretrale fattosi varicoso in conse-

guenza della pressione che il collo dell' utero aveva esercitato sul collo della vescica, portando ostacolo al libero reflusso del sangue dall'estremità verso le parti profonde; e me lo provarono la condizione dell' orificio e del canale uretrale, fattisi gonfii, tesi, sensibili, ed i due fatti seguenti:

1.° che dopo ridotto l' utero, dovendo estrarre artificialmente le urine, a motivo della paresi del detrusore, l'emissione di quel poco sangue avveniva solo nel primo getto di urine della sciringa e cessava in seguito.

2.° che terminata la sciringazione, qualche piccolo grumo sanguigno trovavasi nei buchi dello stromento e si formava di poi nel canale uretrale sbucciando anche dall' orificio stesso. Che se a cistite od a rottura di qualche punto della mucosa cistica fosse stato in quei casi da attribuirsi quel fenomeno, le urine avrebbero dovuto presentare il coloramento sanguigno nella loro massa.

Io non posso accettare la espressione di cistite, come vuole taluno, per significare la mistione di catarro alle urine ed il dolore ipogastrico vescicale: giacchè troppo breve è in via comune la durata di questi fenomeni, e perchè uno stato irritativo, ed una conseguente esagerazione di secrezione mucosa, quale si ha di fatto semplicemente in tali casi, sono meglio corrispondenti al concetto patologico di *catarro vescicale,* di *ipersecrezione mucosa vescicale.*

Il vomito della Sestagalli ed i pochi fenomeni generali, inquietudine, tremori, brividi, riscontrati in alcune altre, non erano certo che di innervazione, di natura riflessa, epperò non è a meravigliarsi che, protraendosi l' iscuria di molto, vengano in scena sintomi di uremia, febbre, aspetto tifoideo, frequenza di polsi, forme nervose imponenti; di tale origine, io penso, debbono essere ritenuti i fenomeni narrati in alcune storie di retroversione consegnate nei periodici.

La coincidenza della flessione colla retroversione (siccome osservai nella Calegari), per guisa che la porzione cervicale si tiene ancora pressochè in situazione normale, non merita molto riguardo; nè credo meriti si faccia per essa una classificazione, la *retroflessione in gravidanza,* distinta dalla retroversione, giacchè il fatto vero importante è l'adagiamento del corpo uterino ingrandito entro alla escavazione sacrale.

Il carattere degno di essere rimarcato nella retroversione, si è quello della distensione grande e maggiore che la parete posteriore uterina raggiunge in confronto della parete anteriore, in guisa talvolta da formare un vero insaccamento, un vero basso fondo: al quale stato è predisposta la parete posteriore inferiore uterina fino dai primi momenti della gestazione in cui l'ingrandimento del viscere si fa a spese del fondo e della parete posteriore, e vi è tratta poi maggiormente pel peso che il corpo del feto vi esercita, gravitando, quando la retroversione si fa ed è stabilita.

Questo sfiancamento ed abbassamento furono marcatissimi nella Vitali ed è dietro questo concetto che, in un caso accaduto nell'aprile del 65 nella gravida Monti Luigia, fui tratto in inganno da un tumore pelvico dell'escavazione.

E la diagnosi differenziale riuscì per vero difficile anche ai colleghi dott. Luigi Bignami e prof. Pietro Lazzati, chiamati da me a consulto; giacchè esistevano i segni di gravidanza, la iscuria, la cistoplegia, fino all'ombellico, la stitichezza il riempimento della concavità sacrale e del centro dell'escavazione per opera di una tumescenza rotonda, indolente, elastica, fissa immobilmente, nel tempo stesso che mancavano schiarimenti anamnestici e fenomeni generali. Io m'era già provato, eseguita la siringazione e l'evacuazione del retto, a ridurre la supposta retroversione con maneggi per la vagina e pel retto,

applicazione protratta di spugne nei due canali, e mi sembrava riuscire a smuovere un pò il tumore posteriore. Vi si provò pure il prof. Lazzati sulle prime: il Bignami mosse obbiezione, dicendo che dal trovarsi porzione di utero sviluppato alla regione ipogastrica per l' altezza di 4 dita, contemporaneamente all' occupazione sacrale, gli sembrava fosse più accettabile il concetto dell'esistenza di un vero tumore retrovaginale: al che io opponeva il pensiero che (al pari della Vitali, citata addietro) l'ammalata in esame, incinta oltre il 6.° mese, portasse un parziale impegnamento dell'utero al dissotto del promontorio per prolasso e sviluppo della parete posteriore uterina e adagiamento in essa del prodotto. I due rispettabili colleghi non accettarono il mio concetto e decisero trattarsi di tumore retrovaginale in donna gravida al 6.° mese e mezzo: il fatto confermò il loro concetto, perchè nel progresso della gravidanza elevatosi in parte il tumore insieme all' utero, e reso così meno impegnata l' escavazione, di là a 38 giorni si stabilì il travaglio (presentazione delle natiche) e con un' estrazione mamale il prof. Lazzati compiva il parto, che altrimenti non si sarebbe effettuato per la presenza di porzione del tumore in escavazione (1).

Salmon (2) ricorda errori simili commessi da Denman, Boivin, Dubois e Béclard, appunto in casi di tumori retrovaginali durante gravidanza.

Condotti felicemente a termine i 9 casi citati di ritroversione uterina, ebbi pure la fortuna di giungere a ridurli coi mezzi comuni con 4 dita o con tutta la mano

---

(1) Prospetto clinico della R. Scuola d'ostetricia di Milano per l' anno 1865.

(2) « La rétroversion de l'utérus pendant la grossesse », 1863.

in vagina o nel retto senza ricorrere alle estreme e gravi indicazioni.

Nella sola Fontana, oltre all'azione meccanica esercitata con tre dita in vagina sulla parete posteriore del viscere, per la parte del retto dovetti introdurre una grossa candela di cera, portarla bene in alto e facendo leva spingere in alto e deprimere dall'indietro all'avanti il fondo dell' utero, mentre teneva la donna prona sul letto, appoggiata solo sulle ginocchia e sulle spalle.

Non so tacere due indicazioni che la pratica mi ha uggerito come utilissime:

1.° di mantenere vuota la vescica, dopo la riduzione, al doppio scopo di obbligare a retrazione le pareti sue, ripristinare la primitiva contrattilità del detrusore e impedire che riproducendosi la cistoplegia questa diventi cagione nuova di spostamento posteriore dell' utero.

2.° di mantenere in vagina per un giorno almeno o due una spugna soda e abbastanza voluminosa onde togliere la tendenza che ha assunto la parete posteriore uterina a prolassarsi in basso e tirar seco il resto del viscere coll' adagiamento in essa del prodotto.

V' ha chi teme della siringa a permanenza e della applicazione della spugna: e v' ha chi le crede inutili. L' esperienza mia m' ha lasciato sempre confidente e tranquillo dall' uso di questi due mezzi, e per di più mi ha provato che lorchè io li trascurava, siccome avvenne per inesperienza nei primi casi, fui obbligato il giorno dopo a risollevare l' utero, in parte ritroverso, e vidi durar fatica la vescica a riprendere la sua tonicità. D' altronde obbligare la donna come vogliono taluni alla supinazione sul ventre per evitare il primo inconveniente, e alla siringazione ripetuta nella giornata per rimediare al secondo, credo sia ben più nojoso che usare la doppia pratica, ch' io trovai utilissima; tanto più che la siringa fa ufficio di stimolo frequente sulla vescica e riesce per tal

modo doppiamente vantaggiosa contro la paresi del suo corpo.

Per ciò che spetta all' abitudine ed alla recidività di detta retroversione in gravidanza, io non conto altro esempio fuorchè quello della Sestagalli, la quale dopo che vi fu soggetta nel marzo 1864, rimasta incinta nel dicembre 1865 ritornò per retroversione il 30 marzo 1866, al 4.° mese di gestazione. Il prolasso che aveva preceduto quella gravidanza nella quale per la 1.ª volta patì di ritroversione, precedette pure anche quest' ultima gestazione, nella quale si riprodusse lo spostamento uterino per la 2.ª volta; di più riferiva la donna che i dolori lombo-sacrali e la leucorrea si erano associati al prolasso fuori gravidanza, e che quest' ultima era però cessata dacchè trovavasi incinta.

Appoggiandosi a ragioni di fisiologia e meccanica ostetrica, il prof. Lazzati (1) insegnava in una sua Memoria che le posizioni chiamate comunemente trasversali non sono che semplici deviazioni dell' asse fetale dall' asse uterino (obbliquità), il primo misurando dopo il 6.° mese una estensione maggiore di quella che ha il diametro trasverso uterino a tale epoca; per il che riesce impossibile che l' asse fetale si incontri ad angolo retto coll' asse uterino, ed è a ritenersi soltanto che tagli quest' ultimo ad angolo acuto.

La Scuola Ticinese chiama sempre presentazione della spalla quella che altre scuole chiamano posizione trasversale, presentazione del tronco, e vuole riserbato i nomi di *correzione* all' atto del ridurre a centro una estre-

---

(1) « Considerazioni su due casi di obliquità del feto nell'utero ». Lettera del dott. Pietro Lazzati, ecc. « Annali univ. di medicina », fasc. luglio e agosto 1863.

mità ovoidea deviata e di *rivolgimento* all' atto per cui l' estremità podalica situata verso il fondo dell' utero viene chiamata all' ingresso pelvico in sostituzione della estremità cefalica o della spalla.

Lo stesso defunto professore Esterle nel suo lavoro (1), mentre nella parte teorica parla sempre di posizioni trasversali, quando viene ai casi pratici dice esplicitamente in 6 di questi essersi trovata l' una delle estremità più alta dell' altra ; delle altre 4 non accenna all' altezza di situazione, se pari cioè o diversa; promiscuamente poi usa anche i vocaboli di versione, di riduzione e di correzione.

Amico e discepolo al compianto professore Esterle, è nella sua clinica delle Laste presso Trento che appresi ad esercitare la mano e l' orecchio nella diagnosi delle posizioni del feto entro all' utero, e ad apprezzare, quale testimonio oculare dei suoi studj e assistente alle sue operazioni, l' utilità pratica dei maneggi esterni diretti allo scopo di ridurre a *franche* le presentazioni *deviate*, *inclinate*. Ed io non credo spendere invano una parola per raccomandare ai giovani questo genere di diagnostica fisica, che tanto più facile riesce e soddisfacente, quanto più se ne ripete e se ne conserva l' esercizio.

Come una delle cause più ovvie di inclinazione anormale, è notata la abbondanza di liquido amniotico, e per vero nelle nostre gravide malate, idroemiche, soggette a febbri da malaria, questo vizio essendo facile, ne è spiegato il perchè non infrequentemente siasi verificata una presentazione della spalla od una deviazione delle presentazioni normali all'atto del parto. Il medico ostetricante ha debito quindi di tenere a calcolo tale cognizione per portare in tempo soccorsi preventivi ed utili.

---

(1) « Osservazioni sul rivolgimento esterno ». « Annali univ. di medicina ». Aprile 1859, vol. 168.

Sono questi costituiti dalla riduzione o correzione esterna, da farsi prima del travaglio in gravidanza; maneggio che non può esser chiamato di rivolgimento, perchè invero è identico affatto nel suo risultato e nella sua entità alla correzione che si fa con maneggi interni all'atto del parto su di una presentazione ovoidea deviata, sfuggita dal centro pelvico.

Tre soggetti mi presentarono l'occasione in questi anni di ripetere tale pratica:

1.° Colombo Speranza, d'anni 32, contadina di Origgio, nativa di Uboldo, aveva avuto un parto naturale, seguìto da allattamento, al termine del quale rimase incinta per la seconda volta. Era all'8.° mese di gestazione quando fu accolta in Sala (20 maggio 1863) e narrava patire di febbri intermittenti per infezione paludosa da più di un mese, coll'aggiunta di catarro intestinale ostinato. Il volume del ventre, superiore a quello di incinta ad otto mesi, fece tosto avvertire ad abbondanza di idramnios; l'esame fisico rilevò: presenza della testa del feto a sinistra sulla fossa iliaca: parti piccole in alto a destra: battiti cardiaci poco sotto all'ombellico; mancante la percezione di presentazione qualsiasi esplorando per la vagina; giudizio quindi di *deviazione a sinistra della presentazione della testa.* Praticati i soliti maneggi combinati tendenti ad innalzare colla mano sinistra il fondo dell'utero e l'estremità pelvica portandola dalla fossa iliaca sinistra verso il centro del ventre, ho potuto subito dopo verificare internamente col dito essersi la testa appoggiata sul segmento inferiore dell'utero, in una *prima posizione franca.* Fasciai il ventre con larghe bende e con una ventriera comune a cordoncini e sottocoscia, applicando *sulla fossa iliaca sinistra un grosso cuscinetto di pezze ripiegate* ed un altro simile *verso l'ipocondrio destro* onde soffrendo questi due punti una pressione all'indentro, una specie di infossamento delle pareti del ventre e dell'utero, non fosse più permesso alle due estremità cefalica prima ivi situate di ritornarvi. Obbligai la donna a decubito costante sul lato sinistro, e vi stette paziente per 48 ore di seguito; rinnovai l'apparecchio

per 5 giorni consecutivi, giacchè si rilasciava e scomponeva; di poi unendo i giri della fascia fra loro ed a questa i cuscinetti sottostanti, potei avere un apparecchio solido e composto. La testa si tenne sempre a centro con mia grande soddisfazione; 16 giorni dopo l'ingresso, e cioè il giorno 2 giugno, si dichiarò il travaglio; appena le contrazioni furono decise e che colla scomparsa della porzione cervicale si formava la borsa, tolsi l'apparecchio contentivo, e feci che la levatrice mantenesse una mano sul lato sinistro inferiore del ventre e vi facesse pressione. Rotta una volta la borsa, il parto si compì naturalmente con una presentazione del *vertice in 1.ª posizione*, senza accidenti di sorta, mostrando l'utilità della riduzione praticata e dell'apparecchio consecutivo, sebbene grossolanamente costrutto.

2.° Scamarella Teresa, d'anni 33, cucitrice, nativa di Settala, domiciliata nei Corpi Santi di Milano, avuti già 7 parti naturali e facili, entra l'8 luglio 1863 gravida al principio dell'8.° mese; a casa ha avuto per alquante settimane febbri tipiche, che si riproducono in Sala ogni giorno e sono accompagnate da dolori intestinali e scariche di muco sanguinolento; in breve con adatto regime cessano questi fenomeni morbosi. Il giorno 26, esaminando attentamente il ventre, trovo flaccidezza delle pareti ventrali, sottigliezza delle uterine, abbondanza di idramnios, nessuna presentazione alla esplorazione vaginale, la *testa del feto è tutta sulla fossa iliaca sinistra* mobile e percepibile distintamente a cagione del poco spessore di pareti che la ricoprono; i battiti cardiaci distinti al dissopra del pube, le parti piccole a destra in alto. Il dott. Monguzzi è presente all'esame e constata questi rilievi dai quali si deduce esservi una inclinazione marcata del feto entro all'utero, e si trova indicazione pei maneggi opportuni di riduzione. Si compiono questi come di norma e tanto io che il dott. Monguzzi rileviamo tosto che la correzione erasi compiuta e che l'estremità cefalica, discesa sul segmento inferiore uterino, era ballottabile facilmente a cagione del molto liquido amniotico. Si applica una semplice ventriera, vi si sottopongono i cuscinetti nel modo descritto per il 1.° caso e la riduzione si mantiene benissimo per 48 ore. Ma nella notte del 28 la donna toglie i sottocoscia per capriccio, la ventriera si innalza, scivolano i cu-

scinetti e subito la testa devia di nuovo, sebbene in minor grado, sulla fossa illiaca sinistra. Rinnovata la correzione e riposto l'apparecchio, vidi con esso per 11 giorni mantenersi la prima presentazione dell'estremità cefalica, e non deviare menomamente per altri tre giorni nei quali fu tolto interamente ogni mezzo contentivo: la donna volle abbandonare il comparto, quindi non ho potnto seguire il progresso della gravidanza, nè sapere l'esito del parto; ma mi lascia credere debba essersi compito pel vertice la stabilità della riduzione ad onta del tolto apparecchio contentivo.

Aggiungo un caso della mia pratica privata a completamento.

3.° Una signora, abitante la campagna, dell'età di 32 anni, aveva avuti due parti per le natiche con morte del feto, e due altri in cui presentandosi la spalla e dovendosi praticare il rivolgimento, la vita del prodotto andò sempre perduta. Aveva richiesto del consiglio mio allo scopo di prevenire, se si poteva, il ripetersi dell'accidente tristissimo per lei e pei suoi nati; diffatti mi accingo a ridurre una *deviazione della testa sulla fossa iliaca destra*, mentre trovo le natiche e le parti piccole a sinistra di poco più elevate, ed i battiti fra l'ombelico e il pube. Bacino ben conformato, ampio, vagina molle, ampia; nessuna parte fetale appoggiata sul segmento inferiore uterino: parete ventrali sottili, flaccide. Ai primi tentativi di riduzione (6 luglio 1862) l'utero si contrae, e desisto dai maneggi; il giorno 7 compio la correzione con facilità. ed applico il solito apparecchio di ventriera con due striscie di tessuto elastico laterali, due sottocoscia, cordone a spira posteriormente per stringerla e addattarla, due cuscinetti, l'uno a destra inferiormente, l'altro a sinistra in alto del ventre. Fino al giorno 13 la testa si mantenne sul centro del bacino, i battiti si sentivano a destra, al dissopra del pube, le parti piccole in alto a sinistra. Il giorno 14 la donna slaccia i sottocoscia e non si cura dell'apparecchio che sta scomposto per due giorni, fino al 16 mattina, in cui ritornai a vederla. Ritentai, ma invano, per facile contrarsi dell'utero, la riduzione della deviazione rifattasi:

non vi riesco che la sera e arrivo a mantenere la testa in giusta posizione fino a tutto il 17 ricomponendo la fasciatura. La mattina del 18 per proprio capriccio, levata la ventriera, la paziente fa un bagno generale; viene presa da contrazioni preparatorie, si dichiara il travaglio; accorro e trovo *passata la testa sulla fossa iliaca sinistra*, in una deviazione marcata: in breve si aprono gli orifici, si rompe la borsa, procede il cordone ombelicale, la testa si fissa sulla fossa illiaca sinistra, si fa una *presentazione franca della spalla destra* e si è obbligati a compiere il rivolgimento, che riesce fatale alla vita del feto.

Questi due ultimi casi attestano la necessità che l' apparecchio contentivo si mantenga bene in sito, che la pressione esercitata dai cuscini in direzione ed in punti opposti sia costante, se non si vuole che la deviazione si rifaccia.

E a vero dire le fasciature e la ventriera costituiscono un sistema di compressione incomoda, perchè si estende a tutto il ventre, e perchè porta di necessità penoso stiramento coi sottocoscia, senza contare la facilità colla quale perde della sua potenza perchè si rilascia e si scompone. Assai economico e di costruzione anche estemporanea, un tale apparecchio richiede assolutamente sorveglianza continuata e rinnovamento frequente.

Il prof. Lazzati (1) si è servito nei due casi da lui citati, di un *compressore elastico*, a molla d'acciajo, con doppio cuscino che corrisponde opportunissimamente allo scopo, perchè esercita pressione dolce, continua e cedevole su tre soli punti, sulla spina dorso-lombare e sui due punti voluti (superiore e inferiore) del ventre: ed ha il vantaggio d'essere tolto e rimesso facilmente. La difficoltà di estendere l'uso sta solo nel costo dello strumento, che non è alla portata di tutte le fortune, e nella neces-

(1) Mem. cit.

sità in cui è l'ostetrico di possederne due per le due specie di deviazione.

Nessuna mostruosità fetale fu causa di turbamenti della gravidanza e di parto prematuro od abortivo.

Le malattie del feto apparvero sempre quali dipendenti dalle affezioni della madre, come fu della idropisia e della raccolta ascitica, compagne allo stato idroemico avanzato della madre.

I vizj di posizione e presentazione del feto pochi per sè e di nessun interesse, essendo di spettanza puramente ostestrica, vengono ommessi.

Mi arresterò invece un momento sui vizii delle dipendenze, quali cause di turbato normale decorso della gestazione.

In genere la *mola di degenerazione*, detta *carnosa*, fu la più frequente causa di aborto: in una donna sola al 5.° mese di gestazione lo spandimento sanguigno superficiale, nel quale l'aborto trovò la causa patologica, diretta, fu prodotto da accidentale caduta sul sacro: dopo l' accaduto gocciolò dal pudendo quasi continuamente per 12 giorni un liquido tinto di sangue, intanto che il volume del ventre si faceva sempre minore: il che diede luogo a pensare, anche dall'odore dello stillicidio, che col distacco parziale di placenta si fosse anche rotto il sacco amniotico in alto verso il bordo di quella.

Fu senza causa riconosciuta che in altri casi lo spandimento sanguigno interstiziale della placenta venne a giustificare l'aborto, mostrando il tessuto placentale stipato, carnoso, resistente.

Non vidi mai esemplare di degenerazione vescicolare (mola idatigena) della placenta, e ciò ad onta dei frequenti casi di idropisia materna: il che accenna esser tale degenerazione indipendente dalle condizioni materne, essere una trasformazione organica autonoma dei villi

del corion, godere la placenta di una vita propria, essere infine un organo a sè, subordinato più al prodotto di cui è una continuazione, che non all' utero al quale è semplicemente contiguo.

L' inserzione anormale della placenta fu riconosciuta una sola volta in certa C..... Margherita d'anni 20 nubile, nativa di Cornogiovine, domiciliata come servente in Milano. Era appena parso in questa donna il primo stillicidio di sangue, lorchè trovavasi alla fine del 7.° mese di gestazione, e lo aveva interamente trascurato ad onta che avesse durato più di 10 giorni e che si fosse rinnovato altre due volte a distanza di qualche giornata: vedendosi una sera farsi maggiore la perdita sanguigna, senza ragione avvertita, ripara nell'Ospitale (5 febbrajo 1865), e quivi l' esplorazione la giudica gravida nella fine dell'8.° mese, avverte pulsazione marcata ed estesa delle arterie del segmento inferiore uterino e mollezza del collo, e non può in pari tempo distinguere la presentazione fetale; le injezioni fredde ed il riposo fecero tacere lo stillicidio e la misero in grado di uscire dallo Spedale il 26 febbrajo. Una ventina di giorni dopo vengo chiamato in città da una levatrice per questa stessa paziente, la quale aveva raggiunto la 2.ª metà del 9.° mese, aveva sofferto altre due emorragie imponenti e prolungate, portava segni visibili di anemia, ed annunciava prodromi di travaglio, mentre dal pudendo si faceva stillicidio continuo di sangue: misi in opera per poche ore le applicazioni di ghiaccio internamente ed esternamente senza profitto, e tosto mi determinai ad applicare il tampone: ciò che feci col metodo insegnato da Scanzoni, del cilindro di tela applicato allo speculum bivalve, ed introdotto con questo in vagina, riempito poscia di boli di filaccia fino a totale e forzata chiusura del canal vaginale dalla vôlta all'orificio. Ben presto si risvegliarono contrazioni efficaci, si

apersero gli orifici, ed il parto si compì spontaneamente pel vertice, avendo rinnovate solo tre volte il tampone e posto efficace freno all' emorragia. L' inserzione della placenta era per $^1/_4$ sul lato destro e per $^3/_4$ sul lato sinistro dell' orificio uterino, dove appoggiavasi premendo la testa del feto in 1.ª posizione.

Questo caso mi ha provato, insieme ad altro successivo, la facilità di applicazione del tampone a sacco, il vantaggio dell' estesa compressione che con esso si porta alla porzione cervicale uterina, al fondo ed al canale della vagina, e la possibilità di riempire questa in totalità e per quanto sia dilatabile: ciò che non può fare di certo il tampone conico (di stoppa e tela, quale si usa comunemente) di cui l'apice trovasi applicato alla parte più ampia e dilatabile della vagina, mentre la base, per poco sia grossa, passa difficilmente e riesce dolorosa all' ostio vaginale meno distensibile di quello che lo sia il resto del canale: tampone che agisce quindi inversamente di ciò che si vorrebbe e di ciò che abbisogna.

Parlando dell' azione meccanica della gravidanza, ho citato casi isolati di *idropisia dell'amnios* come ragione di più rapido e intenso sviluppo di quelli indotti nel circolo sanguigno: non mi avvenne però mai di verificare che questo accidente sia stato causa determinante per sè stesso di parto prematuro.

Capitolo IV. — *Influenza della gravidanza sulle malattie intercorrenti, e viceversa di queste sul decorso della prima.*

Prima di entrare in argomento, debbo premettere che io non accennerò se non a quelle malate la cui entità patologica subì modificazioni di decorso, di fenomenologia, di esiti attribuibili alla concomitanza della gestazione, evitando assolutamente al lettore la nojosa narrazione

dettagliata di quelle forme sulle quali dovrò fermarmi, perchè sortirei allora dal campo prefisso di un rendiconto specialistico: che infine intendo esprimere la sola diversità di fisionomia, per così dire, che date malattie presentarono durante la eccezionale condizione della gravidanza.

Se nessun esempio di malattia degli organi del circolo è venuto a confermare la razionale presupposizione che in gravidanza i vizii cardiaci e vascolari riuscir debbano più gravi per le conseguenze loro e capaci più spesso di morte improvvisa, attese le alterazioni di tessuto e di nutrizione che per effetto diretto della gravidanza generansi nel miocardio; non così fu delle malattie accidentali dell'apparato respiratorio.

Nel giro di 3 anni e mezzo furono 23 le pneumoniti catarrali e 5 le genuine (crupose) che si presentarono nelle gravide. Quanto alle prime, mi fu quasi sempre dato di verificare la preesistenza dei sintomi bronchiali ai pneumonici: il maggior numero di quelle malate ricordava la tosse, l'escreato, l'ansietà di respiro crescente, dapprima senza febbre, di poi con intercorrente reazione generale: a questo stato, di data non prossima in alcune, erasi associata la forma acuta polmonare, precorsa da uno o più accessi di freddo, e accompagnata da tutta la sequela di fenomeni proprj della polmonia. Quel modo di ingresso, quei sintomi prodromali, quel modo di decorso della polmonia, mi dipingeva fedelmente il carattere tipico della bronco-polmonia, in cui il processo morboso incominciato nei canali bronchiali ultimi si estende alle vescichette aeree.

La prevalenza di questa forma sulla crupale nelle 28 incinte del comparto trova una ragione di essere nella facile predisposizione che le porgono i catarri dell'albero bronchiale, dovuti all'inceppo vascolare per effetto meccanico di gravidanza. La dispnea raggiunse facilmente in

queste malate un altro grado per la diffusione dell'edema collaterale, che o si era aggiunto al preesistente di origine meccanica, od era stato facilitato dalla crasi sanguigna propria in tali soggetti.

Per queste ragioni io trovai di utilità somma il vomito provocato artificialmente ad intervallo dagli emetici, come sussidio sintomatico diretto a liberare l' albero bronchiale dalla somma di catarro raccoltovi. Per quelle stesse ragioni, dissipato il processo flogistico cellulare, ho veduto protrarsi a lungo l' affezione catarrale, a carattere passivo, ed esser causa di fasi dispnoiche abbastanza serie, di accessi prolungati, di tosse con difficile esercato, cui corrispondevano rantoli crepitanti a piccole bolle, insieme ai soliti rantoli russanti e sibilanti. Il vomito ha trionfato il più delle volte di questo accidente, che poco tempo dopo lo sgravio andò gradatamente scomparendo.

Delle 23 gravide affette in tal modo, le 3 che perdettero la vita furono le seguenti: Cantoni Maria (15 aprile 1864) in cui tutto il polmone sinistro fu invaso dal processo acuto in 5 giorni dall'invasione, ebbe aborto di 5 mesi nell' 8.° giorno di malattia e morì nel 9.°. — De Vecchi Margherita (17 gennajo 1862) portava già catarro bronchiale ed edema parziale d' ambo i polmoni quando fu colta dalla pneumonite destra: espulse in 4.ª giornata un feto circa settimestre, e morì nella 9.ª. — Nella Brambilla Giuseppa (5 aprile 1865) alla polmonia destra si associò il versamento pleuritico dello stesso lato: in 4.ª giornata dà alla luce un feto quattrimestre e mentre il processo acuto si limita, vedesi l' effusione pleurica ed il catarro bronchiale estendersi a destra; quest' ultimo associarsi a quello di sinistra, e coi segni della narcosi carbonica morire nel 20.° giorno di malattia.

Parlando della forma crupale, l'unico rimarco che feci

su 3 dei 5 casi morti nella Sala si fu della persistenza ed ostinazione del soffio bronchiale a confronto di quanto ci accade di riscontrare in pneumoniti genuine fuori di gravidanza: ceduta già la febbre, limitatasi in buona parte l'epatizzazione, ho veduto resistere l'ultimo residuo per più e più settimane, manifestando così una difficile, lenta e stentata risoluzione dell'essudato.

Nel tentare di spiegare questo fatto, verificato in modo distinto, ho rivolto la mente alla stasi superiore meccanica provocata nel circolo sanguigno dal fenomeno materiale della gravidanza, quale causa atta a mantenere uno stato continuo di congestione del parenchima polmonare ed a rendere meno attiva, meno libera la funzione dell'assorbimento dei materiali di essudazione flogistica — ragioni ch'io credo plausibili e atte a spiegare il fatto notato del persistente soffio pneumonico e della difficile reintegrazione del tessuto alla normale elasticità.

Certa Paganini Antonia (23 luglio 1863) in una polmonia sinistra presentava ancora soffio distinto in 44.ª giornata di degenza, mentre le condizioni generali erano eccellenti: così Cislaghi Teresa (7 settembre 1862) nel 37.º giorno, e Bosi Giuseppa (7 gennajo 1864) nel 29.º di malattia.

Una sola delle pneumoniti crupose ebbe l'esito di morte, nella Fermo Rosa (8 aprile 1864), la quale in nona giornata si sgravò di un feto di 5 mesi e morì nella 12.ª per rapida impermeabilità del polmone sinistro.

Il trattamento che ebbero queste 28 polmonie, fu l'antiflogistico, spinto in alcune all'altissimo grado, giacchè nel maggior numero il salasso fu spinto alla cifra di 8, di 6 (una ne ebbe 12): poche furono quelle che ne ebbero al disotto di 4: in tre soltanto fu ommesso totalmente.

Io non starò qui a discutere la convenienza di tale sistema, nè a metterlo a confronto con quello dell'astinenza.

Molti e molti scrissero, criticarono, dedussero in proposito con cifre e casi clinici alla mano: ed io nella lettura degli scritti appartenenti all' uno ed all' altro ordine di idee terapeutiche, nello svolgere l' argomento coi fautori e coi nemici del salasso nelle polmonie, ritrassi la convinzione che i ragionamenti dell' una schiera non giunsero mai a guadagnare le opinioni dell' altra schiera ed a farne mutare la direzione terapeutica. È il solo fatto che vince, che taglia ogni discussione, che fa piegare il capo ai miscredenti. Io stesso che, educato alla scuola del salasso in queste forme e nelle altre acute, lo adoperai nella pratica per più anni, quando in Germania per la prima volta vidi da una parte gli effetti e gli esiti dell' astinenza da quel potente mezzo, e dall' altra parte l' utilità dei sostituti suoi, chinai la fronte, abbandonai la via percorsa fino allora, riformai i miei concetti e mi ascrissi fra coloro che apertamente dichiarano: 1.° essere il salasso un mezzo puramente di utilità sintomatica nelle polmonie: 2.° essere la negazione di quello a vantaggio della durata del processo, della durata della convalescenza, e della natura degli esiti: 3.° aversi nella digitale, nel chinino, nelle applicazioni fredde o ghiacciate al torace sostituti al salasso assai più utili per la prontezza dei loro effetti, per la mancanza in essi di conseguenze ed esiti generali. Ho veduto già medici educati alla scuola del salasso subire come me lo stesso mutamento di idee terapeutiche; vedo entrato già in molti l' eguale convincimento, dalla limitazione spontanea che fanno di tale sussidio: altri infine, da me stesso incoraggiati e dopo non breve lotta, ho veduto seguire il mio esempio nella stessa specialità medico-ostetrica, aggregandosi così alla schiera, tuttodì crescente, di coloro che si astengono dal salasso dietro le norme e nelle restrizioni volute dalla moderna scuola.

Viene pure per tal modo espressa la mia opinione in ri-

guardo al trattamento che io posi in opera nelle pneumoniti delle gravide quando la loro cura fu a me interamente devoluta. Epperò per più ragioni trovo vano di opporre i 3 casi di pneumonite da me curati senza emissione di sangue a quelli trattato col salasso dai signori medici primarj, coi quali ebbi l'onore in passato di trovarmi nel comparto. Dapprima la proporzione è troppo tenue, in secondo luogo io penso che la questione non sta nell'opporre cifre di mortalità più soddisfacenti per l'uno che per l'altro sistema di cura in genere: la differenza è troppo minima, insignificante sempre da questo lato. Non lo è però per altri rapporti, quali la degenza, la prontezza di risoluzione, la facile e buona convalescenza, la conservazione delle forze generali, e della crasi sanguigna normale. Condizioni tutte, le quali se nei soggetti comuni costituiscono un insieme di utilità grandissima, economica e umanitaria, nelle gravide più che mai hanno un valore grandissimo e devono esser provocate assolutamente, a vantaggio della vitalità del prodotto e del normale decorso della gestazione.

È generale l'opinione che la polmonia sia fra tutte le infiammazioni la più facile a provocare l'aborto ed il parto prematuro. A stare alle cifre che presentano i registri della Sala Maddalena, si deve confermare quell'asserto senza restrizione, giacchè delle 28 polmonie ve ne furono 11 che si sgravarono, 5 delle quali nella prima metà della gravidanza tra il 4.° ed il 6.° mese, e 6 nella seconda tra il 7.° e l'8.° compiuto.

Ma io nel dare queste cifre non posso non tener conto dello stato in cui quelle donne si trovavano al loro ingresso: affrante cioè da un viaggio su carretto per arrivare dalla campagna all'Ospitale, nell'acutezza del male esposte lungo il cammino al freddo della stagione invernale in cui ci giungono più di frequente: già sottoposte ad un trattamento antiflogistico, di 2, 3 sottrazioni san-

guigne a casa loro, e ad altre non minori di numero nella Sala.

E per fermarmi su quest' ultimo punto più importante, dallo spoglio delle cedole di questi 11 casi vedo che il parto cadde due volte in 4.ª giornata, una volta in 5.ª, due volte in 6.ª, tre in 7.ª, due in 8.ª, una in 9.ª: prima del travaglio poi vediamo che tutte avevano già sopportato il numero di sottrazioni generali che queste cifre dimostrano per ognuna, cioè 10, 8, 7, 6, 5, 5, 4, 4, 4, 3, 1, 0: tutte sottrazioni non minori di grammi 400. Questi sono rilievi d' entità, che debbono essere valutati nel giudicare debitamente la colpabilità del processo flogistico genuino polmonare quale provocatore d' uno svuotamento dell' utero.

La pratica ci insegna che un altro ordine di malattie, le infezioni acute e le croniche, le discrasie, le malattie zimotiche, inducendo rilasciamento della fibra, denutrizione generale, deficienza di vitalità organica e funzionale, offrono condizioni le meno favorevoli alla continuazione della gravidanza, e della vita fetale. Ora io mi limito a chiedere se le sottrazioni ripetute frequentemente in breve spazio di tempo non abbiano eguali conseguenze generali; anzi vorrò far notare l' impressione più viva che in senso adinamico deve arrecare all' organismo la rapida perdita di molto sangue, la forte diminuzione di elemento globulare e la corrispondente sostituzione di parte acquea. E certo allora non troverò chi mi possa negare che il trattamento usato in quelle 11 gravide possa aver influito sulla determinazione del travaglio, se non più, almeno quanto la insufficiente ossigenazione del sangue, a cagione dell'inceppato tessuto vescicolare.

Anche qui ripeto che, dall'epoca in cui ho riformato le mie idee patologiche in poi, posso lodarmi di esiti assai meno infelici per ciò che ha riguardo alla gravidanza nei

casi di pneumonite: ma sono troppo pochi per poterli qui narrare e raffrontare con quelli avuti negli anni su cui verte il presente rendiconto.

È argomento che va studiato sotto molti punti di vista e su di una scala abbastanza larga per convincere i diffidenti, per trionfare d'ogni obbiezione.

Passo di volo sulle pleuriti acute franche essenziali, e sui catarri acuti bronchiali, perchè furono di poco interesse per lo specialista e nel medesimo tempo rari.

Alla tubercolósi polmonare mi arresto per porre in questione il convincimento generalmente professato dai medici che la gravidanza eserciti una azione benefica sulla specificità di quella condizione e ne sospenda il progresso. Io per vero non so concepire nella mia mente, e non trovo neppure espresso dai sostenitori di quell' opinione, come, per quali vie, per quali atti possa la gravidanza arrestare il processo di deposizione e quello di fusione del tubercolo. Se io ricordo le influenze della gestazione, sulla crasi sanguigna, sul circolo e sul respiro, certo vi trovo di che persuadermi del contrario, giacchè è universalmente confermato che le discrasie sanguigne (clorosi, oligoemia, idroemia) agevolano e precipitano la distruzione organica del polmone tubercoloso; ed è parimenti noto a tutti che le accidentali flussioni di quest' organo, attive o passive, esercitano una azione pari accelerante sulla condizione specifica. Perchè mai dunque la gravidanza che trascina il sangue ad uno stato di deficienza dei suoi più importanti materiali, che per gli sconcerti idraulici mantiene flussioni passive viscerali dalle quali in seguito si origina idroemia, anassarca: perchè mai, dico, la gravidanza sola nei suoi effetti farà eccezione dalle altre cause agenti in ugual senso?

Ma i ragionamenti cederebbero davanti al fatto, se

questo esistesse a provare davvero la benefica influenza della gravidanza sulla tubercolósi. Io però confesso non aver potuto acquistare eguale convinzione, poter anzi essere autorizzato ad abbracciarne una opposta, se dovessi lasciarmi guidare dai concetti pratici che mi sono fatto collo studio delle forme morbose proprie alla gravidanza.

Ma per esprimere semplicemente quanto in proposito mi lasciano pensare i casi verificatisi nel comparto, debbo dire che il decorso della tubercolósi fu dalla gravidanza per nulla variato, nè accelerato, nè rallentato, nè sospeso. Quando l'ascoltazione mi ha rilevato l'esistenza di caverne polmonari di estesa fusione tubercolare incompatibile colla vita, ho veduto questa spegnersi durante la gravidanza con decorso di fenomeni e con apparenze sintomatiche pari a quelle che si sarebbero verificate nelle non incinte. E così fu del dccorso di quelle tubercolósi che ne davano i primi segni certi o che non trovavansi allo stadio estremo; nessuna differenza d' andamento da quelle fuori di gravidanza, siccome ebbero pure ad avvertire Louis, Robert ed Hervieux, dietro diligentissime osservazioni.

Passando ad esaminare l' influenza inversa, quella del processo patologico sul fisiologico, è duopo fare una distinzione dei casi di tubercolósi in ultimo stadio, nei quali frequentissimamente la gestazione è troncata ed in qualunque momento del suo decorso. Si capisce infatti chiaramente come, ridotta a poca la superficie respirante, occlusi facilmente dalla marcia delle caverne i rami bronchiali prossimi a queste, compresse le porzioni ancora permeabili di tessuto polmonare, debba l' imperfettissima sanguificazione indurre uno stato di inerzia generale, che si diffonde alle fibre uterine, prepara rilasciamento dei suoi sfinteri e permette una espulsione quasi passiva del prodotto. È infatti un' osservazione facile a farsi in queste meschine tubercolose, il lento prepararsi della porzione cervicale ed il tardo lavoro di svuotamento del vi-

scere, senza che la donna avverta dolori e quasi senza poter sorprendere contrazioni preparatorie. S' intende da sè che se la narcosi carbonica degli ultimi giorni e delle ultime ore si prolunga, la vita del feto viene minacciata e talvolta si estingue.

Quando la tubercolósi all' incontro è sul principio, quando, cioè, l'influenza sua soll'organismo intero non ha raggiunto un alto grado, allora vedesi la gravidanza protrarsi al suo fine e decorrere normalmente.

A conferma di quanto espongo, cito 4 esempj, che per l' evidenza loro sono degni di rimarco.

Lurati Angela, d' anni 33, contadina di Magenta, ha manifestato i primi segni di tubercolósi dopo la 3.ª gravidanza ; sono condotte a termine la 4.ª e la 5.ª ad onta che le esacerbazioni ripetute e l' aggravarsi dell' apparato fenomenologico dinotassero il progresso della deposizione tubercolare. Nella sua ultima gravidanza viene a patirne maggiormente, e ricovera l' 11 dicembre 1864 in Sala Maddalena, essendo al 7.º mese di gestazione e presentando emaciazione grande, caverne ad ambo gli apici dei polmoni, impermeabilità di quasi tutto il sinistro polmone, scarsa respirazione nel destro (per tubercoli sparsi qua e là a piccoli lobuli come fu veduto alla sezione). Aumentando sempre i fenomeni dispnoici, arriva il giorno 30, e l'esplorazione accenna già a preparativi di parto, che senza essere avvertito dalla donna si compie solo il giorno 7 del gennajo susseguente, mentre la narcosi carbonica è estrema e induce la morte un' ora dopo.

Mazzoletti Giuseppa, d' anni 43, di Milano (10 dicembre 1864), ha invaso da tubercoli crudi l'apice del sinistro polmone, e il destro fin quasi alla base, mentre al lobo medio rilevansi ampie caverne. Nessuno avvertendo quanto si preparava dall' utero, al mezzodì del 2 gennajo seguente espelle un feto quadrimestre, e muore pochi minuti dopo.

Il terzo esemplare è quello stesso ricordato dal dottor Verga (1), è di certa Calcaterra Giuseppa, di 37 anni ; la

---

(1) « Rendiconto della beneficienza dell'Ospitale Maggiore in Milano », 1865.

tubercolósi decorse 3 anni e permise che la 4.ª gravidanza fosse condotta a termine: al 7.° mese della 5.ª (14 maggio 1862) entra in Sala coi fenomeni di estesa fusione tubercolare del polmone sinistro: si va facendo ortopnoica e vista l'imminente morte, riconosciuto vivo il feto, mi preparo a compiere un parto forzato allo scopo di salvare il feto. Forzo l'orificio esterno ed il canal cervicale coll'indice, e giunto dopo $^1/_4$ d'ora a sorpassare l'orificio interno, riesco in altri 20 minuti circa a farvi passare il medio dito, facendo moti di rotazione e di avanzamento. Trovo difficoltà alla dilatazione dell'orificio interno ancora resistente, e con un bistorì bottonuto vi pratico tre incisioni, due a sinistra, una posteriormente. Giungo allora ad introdurre il dito pollice cogli altri due e ad ottenere tanta dilatazione (per ampliamento anche delle incisioni) da introdurre la mano, afferrare i piedi e compiere il rivolgimento. Il feto fu estratto asfitico, si riebbe coi mezzi ordinarj e sopravvisse 10 ore. La donna, sebbene all'operazione non seguisse che lieve emorragia, cessò di vivere un'ora e mezza dopo.

Nè l'operazione fu tentata per salvar la madre, la quale, coi sintomi verificati prima di quella non avrebbe egualmente avuto che poche ore di vita, calcolandone le probabilità dalla comune dei casi consimili per gravezza di apparenze e per estensione di entità morbosa. Aver estratto un feto vivo e capace di vivere (poichè respirò per 10 ore) giustifica l'operazione che praticai e secondo me autororizza a ritenerla *indicata* in tali contingenze.

L'aborto spontaneo al 4.° mese di gestazione avvenne in Squadrelli Ermenegilda (22 febbrajo 1865): la fusione tubercolare del polmone sinistro era estesa a quasi tutto il lobo superiore, il destro ne era pure affetto sotto forma miliare, e la morte si verificò pochi minuti dopo lo sgravio, che non fu seguito da metrorragia. La tubercolósi in questa donna datava da 5 anni circa, durante i quali ebbe due parti a termine.

Le altre tubercolose gravide furono in numero di 17, la gestazione non fu turbata in 11; nelle altre 6 si de-

terminò lo sgravio abortivo o prematuro in un' epoca in cui l'affezione polmonare aveva già tratta la donna a grave deperimento, in cui gli accessi di febbre suppurativa etica e i sudori profusi avevano tolta ogni resistenza organica. La morte colpì due di queste durante il puerperio nello stesso comparto; le altre 4 furono trasportate fra le croniche, siccome vuole il Regolamento.

La tubercolósi laringea ebbe un solo esempio in certa

Golzi Angela, d'anni 38, di Milano: dessa contava già 5 gravidanze condotte a termine: sul principio della sesta cominciò ad avere sputo sanguigno colla tosse; il respiro a farsi difficile e stridulo per impedimento laringeo; si vanno aggravando questi sintomi e in breve si aggiungono accessi di febbre vespertina, preceduta da brividi di freddo; narra aver goduto ottima salute prima dell'apparire di questi fenomeni, e noi la troviamo nell'8.° mese di gestazione già dimagrata e deperita assai. Nulla dal lato gentilizio; la sua prole florida. La cura fino allora aveva consistito in un sanguisugio alla gola e rivulsivi al petto. Il 3 marzo (1865) presenta lieve rossore delle retro-fauci, mutezza rilevante della regione scapolar destra con respiro quivi bronchiale, deficiente in tutto il resto in ambo i lati: il sibilo laringo-tracheale si fa sentire anche stando lontano dalla paziente e si trasmette all'ambito toracico in ogni suo punto, massime in corrispondenza della scapula destra. Non può prendere bevande nè cibi liquidi, deglutisce bene i solidi. La tosse è insistente, continua, con scarsissimo escreato ed è di natura tracheale. Va facendosi sempre più manifesta la stenosi laringea, e con essa i fenomeni dispnoici, talchè 8 giorni dopo (11 marzo) muore per asfissia, e pochi minuti dopo è operata di *taglio cesareo* e si estrae un feto femmineo di otto mesi, che non diede alcun segno di vita, ma che aveva cessato di vivere certamente negli ultimissimi giorni, giacchè il giorno 8 aveva dato battiti cardiaci regolari e chiari. Ambo i polmoni infiltrati di tubercoli miliariformi; la porzione superiore del destro d'aspetto cirrotico, resistente assai: la mucosa laringea ulcerata e degenerata per tubercoli diffusi: l'ingresso

della laringe a bordi tumidi e duri era ristretto per $^2/_3$ dal normale, e vi passava appena una candeletta sottile.

Sarebbe stato quivi saggio consiglio l'operare un parto forzato dietro la cognizione certa della vita del feto?

Io penso di sì, e l'avrei fatto se fosse stato in mio arbitrio, sicuro della perdita della madre per la stenosi grande e crescente laringea, e della morte che doveva infliggere al feto la conseguente narcosi carbonica.

Le forme di discrasia sanguigna osservate nelle gravide del comparto furono la *clorosi* (oligocitemia primitiva) e la *leucitosi* (oligocitemia secondaria): questa seconda quale conseguenza sempre di prolungate infezioni da malaria, con tumore splenico cronico.

Sono più volte ritornato in questo lavoro sulla provata influenza deteriorante che ha la gravidanza per sè stessa sulla crasi sanguigna; non è prezzo dell'opera il ripetere qui le stesse cose, nè tampoco spendere parole per persuadere che le condizioni morbose suddette di oligocitemia primaria e secondaria devono trovare nella gravidanza condizioni atte al loro continuo aggravarsi. Ed io non so dietro quale concetto Henri Prod'homme (1) possa dire che la *clorosi e la scrofola ottengono generalmente più beneficj che svantaggi dal nuovo stato di gravidanza.* Sono asserzioni gratuite, che altri ripetono senza fermarvi la mente e che contraddiscono alle idee sane di fisiologia-patologica.

Al Capitolo I. ed al II. credo aver dato una dimostrazione sufficiente della mala influenza che esercita direttamente la gravidanza sulla crasi sanguigna: e qui potrei citare più e più casi di gravide, nelle quali, per trovarsi l'organismo già deteriorato da febbri miasmati-

---

(1) « Des épanchements séreux pendant la grossese », 1863.

che, da cronico tumore della milza (discendente spesso fino quasi alla fossa iliaca), da malattie di lunga durata (catarri intestinali), da abuso di salasso, ecc., la discrasia fu, per effetto solo della gravidanza, spinta al più alto grado.

Bernier dice che le febbri intermittenti rendono la gravidanza più facilmente soggetta agli spandimenti sierosi: e Scarpa, nei casi ch'egli narra di ascite complicante la gravidanza, fa notare che uno, osservato dal dott. Cruch di Pavia, avvenne in donna stata soggetta a lunghe febbri paludose.

E qui mi arresto un momento, appunto a proposito dell'effusione sierosa peritoneale, per considerarne la influenza sulla condizione fisiologica della gravidanza. Come effetto dei disordini circolatorj ingenerati meccanicamente dalla gravidanza fu veduta una sola volta raggiungere un volume ingente.

Era certa Rossi Colombo, d'anni 36, contadina di Bareggio, nella quale la gravidanza aveva camminato regolarmente per i primi 6 mesi; sopravvennero di poi l'edemazia generale, le diarree, i fenomeni bronco-polmonari, e alla metà dell'8.° mese era già ascitica in discreto grado (23 agosto 1863). In essa ho potuto verificare la facile irritabilità dell'utero, la prontezza colla quale desso si contrae alla più piccola pressione, siccome nota Depaul. L'utero nuotante nel liquido aveva acquistato mobilità tale, che avvertivasi dalla stessa gestante, ed io osservai che la massima quantità di liquido raccoglievasi verso l'epigastrio, gli ipocondrj, e al davanti dell'utero; l'ondulazione massima era avvertita alla sommità del ventre, là dove il fondo dell'utero non s' interponeva fra le mie mani, che aveva poste sui lati per ottenerla. Alle regioni coliche però non mancava la mutezza sotto la percussione. La donna volle abbandonare l'Ospitale perchè desiderosa di sgravarsi a casa,

per cui mancò l'opportunità di vedere gli accidenti notati come comuni in tali circostanze, l'apparizione cioè del tumore fluttuante alla cicatrice ombellicale (per la sede della raccolta al davanti dell'utero), e l'anticipato sgravio.

Il primo accidente verificandosi, ha ragione Ollivier d'Angers di eligere per luogo di puntura la cicatrice ombelicale distesa, assottigliata e fluttuante, come punto in cui l'operazione riesce più facile e scevra da pericoli.

Nelle forme più o meno acute di catarro enterico, non infrequenti nelle nostre contadine, massime nella stagione estiva, e che talvolta costituiscono una prima manifestazione della pellagra, ebbi a verificare una ostinazione dei sintomi loro proprj: la diarrea fu in genere prolungata e ricidiva facilmente anche senza valutabile causa, in guisa che spesse volte accompagnò tutto intero il decorso della gestazione. Quale espressione di catarro rettale e della irritazione che la natura acre del catarro enterico induce sulla mucosa del retto, alle frequenti scariche si associò spesso *tenesmo*, e fu talora di tale insistenza e renitenza che ogni mezzo ebbe efficacia momentanea o nulla, giacchè l'inceppamento della circolazione sanguigna pelvica e l'ingorgo conseguente nei vasi emorroidali e nei capillari della mucosa rettale (causati dalla pressione che esercita l'utero gestante sui grossi tronchi — vene iliache esterne, vena cava inferiore), sono condizioni le quali aggravano e mantengono vivo lo stato di accidentale irritazione di quest'ultima porzione di mucosa enterica.

Quale influenza possa avere sulla concomitante gravidanza lo spasmo continuo ed insistente del retto, ce lo dice l'anatomia fisiologica.

Noi sappiamo: 1.° che il plesso sacrale (spinale) dà il ramo anale od emorroidale: 2.° che il plesso sacrale con molti rami spiccati dal 3.°, 4.° e 5.° pajo sacrali va a far

parte del plesso ipogastrico (intercostale): 3.° che questo stesso plesso ipogastrico a sua volta coi rami dei plessi seminali, deferenti ed uterini si ramifica all'utero ed agli altri organi genitali interni.

Ora l'eccitamento dei nervi anali, dal quale proviene il senso di tenesmo rettale, portato per la via del 3.° 4.° e 5.° pajo al plesso sacrale, verrà pure irradiato al plesso ipogastrico (di natura mista) e sentito coll'intermezzo di quest'ultimo dalla fibra uterina, il cui spasmo continuato non può che essere pregiudizievole al regolare andamento della gestazione.

E il fatto conferma l'induzione fisiologica; si avverte l'utero farsi sensibile al tatto, facilmente contrattile alla palpazione, intanto che insensibilmente ed a passo lentissimo si operano cambiamenti materiali nel collo uterino, modificazioni che indicano preparativi di travaglio.

Non infrequenti gli esempi di parto anticipato di 4, di 6 settimane, ho veduto in una donna sola effettuarsi aborto di feto a sei mesi non compiuti. La forma pellagrosa di enterite, la quale è accompagnata talora da spasmo rettale vivissimo ed ostinato, fu la più facile a troncare il decorso della gestazione.

È facilissima cosa lo scambiare i doloretti che accompagnano le debolissime contrazioni uterine coi dolori enterici che la donna ha accusato nel lungo decorso della malattia, quando non si sia avvertiti dell'influenza che insensibilmente subisce l'utero sotto tali circostanze. Così, dal sentir la donna lagnarsi di dolori al ventre e trovare questo sensibile sotto una grossolana palpazione, ho veduto taluno prescrivere una purga, un cataplasma, un calmante, nella credenza e nel pensiero unicamente di dolori intestinali; mentre l'esplorazione tosto faceva me avvertito che si ordiva travaglio, ed il non lontano sgravio provava l'errore commesso. È un insegnamento questo che non deve essere dimenticato, quello cioè di sorvegliare le

condizioni dell'utero gravido nei lenti catarri enterici accompagnati da spasmo rettale, giacchè la trascuranza di questa pratica può attirare sul medico la critica e il ridicolo per parte della paziente e di chi la circonda.

È poi assolutamente necessario che esplorando il ventre in simili circostanze le mani si portino solo sui lati, lorchè si vuol rilevare la sensibilità dell'intestino, onde escludere l'utero da quella palpazione e differenziare esattamente lo stato dell'uno da quello dell'altro.

Ho avuto occasione di riscontrare due volte durante la gravidanza una condizione speciale dell'utero, della quale, se potei fare supposizioni sulla essenziale natura, non mi fu dato però appoggiarle alla investigazione anatomo-patologica: e debbo tanto più mantenere tale riserva, in quanto che da un lato non trovo da altri patologi accennata una forma che a quella si approssimi e da un altro lato vedo gli autori di ostetricia e di medicina femminile tenere assoluto silenzio su qualsiasi stato morboso del parenchima uterino durante la gestazione.

Narro i due fatti, poi esporrò il mio concetto.

Nel settembre del 1863 si presentò in Sala certa Verga Teresa, d'anni 30, contadina di Copreno, di robusta costituzione. Aveva passata l'età giovanile sempre in ottima salute, e maritatasi, ebbe un primo parto nel 1856, ed un secondo nel 58, amendue a termine e felicissimi. — Verso la metà dell'anno 1860 ha un terzo parto, al quale segue un puerperio travagliato da forma acuta metro-peritonitica, curata con 4 salassi, sanguisugi al ventre e purghe: vinta questa, rimasero tutti i sintomi di metrite cronica, leucorrea, cioè, continua negli intervalli delle mestruazioni; queste fattesi dolorose, irregolari, talora mancanti, la stipsi ostinata, il dolor lombale penoso: e nel corso di due anni cade diverse volte malata per esacerbazioni febbrili della forma cronica uterina, avendo ricorso a salassi, sanguettazioni e purghe. Nel marzo del 1862 avverte

d'essere incinta, e giunta al 3.° mese circa viene di nuovo tormentata da esacerbazione nella frequenza e nell'acutezza dei dolori uterini e lombali, che non cedono a 2 salassi e due sanguisugi ai vasi emorroidali, in guisa che nel giugno la gestazione è troncata con un aborto di 5 mesi: il puerperio è travagliato da breve forma acuta metro-peritoneale. D'allora passò un anno di discreta salute, se si eccettua la leucorrea incessante, le mestruazioni, dolorose od irregolari, quasi sempre lagnandosi di sensibilità e addolorabilità ipogastrica. Ricompare in Sala il settembre 1863 dicendosi incinta ed accusando i medesimi fenomeni avuti nell' ultima gravidanza, dolori cioè incessanti uterini, a forma di crampo, con lieve indurimento del viscere. Si verifica una gravidanza al 4.° mese, e si pone in opera il sanguisugio ripetuto 2 volte, i clisteri emollienti, laudanizzati ed altri rimedj interni attutenti: tutto ciò senza vantaggio delle sofferenze, senza diminuzione dei dolori uterini, che sempre accompagnavansi a contrazioni totali del viscere, senza modificazioni della porzione cervicale: in capo a 25 giorni infine la donna, visto il nessun vantaggio ottenuto dalla cura, chiede esser dimessa.

Il 2.° caso è di certa Colombo Angela d'anni 37 contadina di Cambiago, la quale avuti i primi 3 parti a termine e regolari i rispettivi puerperj, al 4.° parto seguì metrite acuta in puerperio, dalla quale residuò leucorrea continua ed addolorabilità uterina — è incinta una 4.ª, una 5.ª ed una 6.ª volta e soffrendo in gravidanza di dolori uterini subcontinui e di tensione del ventre *abortisce* amendue le volte. — Entra in Sala il 13 marzo 1865, è gravida al 3.° mese e presenta la regione ipogastrica ed il globo uterino alla pressione assai sensibili, il viscere spontaneamente dolente sotto contrazioni della sua fibra in totalità, la vagina umida per leucorrea, i lombi soffrenti nei movimenti. I clisteri col laudano ripetuti, i cataplasmi emollienti, le bevande calmanti riescono infruttuose e la paziente lascia il comparto dopo 10 giorni di degenza nel medesimo stato in cui vi entrò.

Di che trattasi qui? di una semplice iperestesia del-

l' utero? di una vera condizione flogistica? Io non lo penso, e inclinerei meglio a dar peso alla prima forma acuta di metrite e di metro-peritonite patite in puerperio; in conseguenza di essa il tessuto uterino ha subito forse quei cambiamenti comuni alle metriti, *irrigidimento della fibra, aumento del tessuto connettivo, inspessimento e indurimento del parenchima*, dai quali reso meno libero il circolo, fu anche portata difficoltà al turgor fisiologico delle mestruazioni (che si avvertirono irregolari e dolorose), minore attività nella produzione dei nuovi elementi e nella vegetazione dei già esistenti durante le successive gravidanze. Da ciò il viscere meno disposto ad espandersi, e forse anco sviluppantesi in una misura sproporzionata, minore di quanto lo richiedesse lo sviluppo del prodotto del concepimento; per cui diventato incompatibile il progresso della gestazione.

Ripeto esser questa una supposizione, ch' io penso fondata però abbastanza sul decorso delle forme dei fenomeni narrati. Invito i colleghi a non lasciarsi sfuggire l'occasione di studiare casi simili e aggiungervi luce coi fatti anatomo-patologici, a me mancati in quelle due occasioni.

L' influenza morbosa che esercita la gestazione sul sistema nervoso, esaltandone e disordinandone le funzioni fino a costituire un vero stato morboso, hanno già una prova nel vomito simpatico, nelle manifestazioni isteriche, nella dispnea accessionale nervosa di cui sono frequenti gli esempj ed io ho parlato in addietro. Qui mi faccio a dare una prova dell' influenza che in pari senso esercita la gravidanza sulle forme nervose già esistenti, narrando due casi di *epilessia*, che ad ogni gravidanza trovò moltiplicazione manifestamente grande degli accessi e aumento della intensità loro, in guisa da poter mettere in dubbio e quasi anco rifiutare l'opinione volgare ed antica

che le neurosi trovino un riposo e talora una completa guarigione per il fatto della gravidanza.

Mantica Rachele, d'anni 30, contadina di Senago, entra nella Sala Maddalena il 6 giugno 1865; chi l'accompagna narra che la paziente è epilettica sino dalla prima infanzia, e che gli accessi ordinariamente in essa si ripetono ogni 20, a 25 giorni, ma che fu avvertito aumentare questi, fino ad averne 2, a 3 per settimana, quando la Mantica trovasi incinta, per farsi di nuovo rari e nella misura ordinaria durante i puerperj, gli allattamenti e gli intervalli di tempo fra una gestazione e l'altra. Nelle prime due gravidanze questo aumento di frequenza degli accessi si è verificata: ed ora che trovasi all'8.⁰ mese della 3.ª gestazione, la paziente riferisce che si è fatto ancor maggiore e che anzi già da tre volte, consecutivamente all'accesso, cade in uno stato di esaltamento cerebrale, durante il quale getta alte grida, è in continua irrequietudine ed agitazione degli arti inferiori, interposta da contrazione spastica. In tale stato appunto è da più di un giorno, e ci appare, quando è portata nel Comparto: incompatibile la sua presenza col riposo delle altre malate, è trasferita nelle deliranti a S. Antonino lo stesso giorno, vi sta fino al 16 giugno avendo un accesso ogni tre o quattro giorni (come appare dalla cedola di quel comparto allora diretto dal dott. Griffini), nè più comparendo insulti di delirio clamoroso, viene di nuovo condotta nelle Stanze della Maddalena, indi essendo prossima al parto passa nell'Ospizio di S. Caterina. Là è sturbata dagli accessi epilettici tanto da averne 2, 3 nelle 24 ore, e in una circostanza (come scrive nella cedola 30 luglio 1865 il dott. Rotondi addetto allora al comparto Refettorio delle Deliranti) in cui due di questi si seguirono da vicino, vi fu la notte una vera forma di eclampsia: questa però non sopravvenne più; avvenuto il parto regolare, cadde tosto dopo in un delirio acuto, per cui fu trasportata ancora nel comparto Refettorio. Nel tempo di dimora a S. Caterina la cura consistette in 3 salassi, sanguisugio e bagno freddo al capo, assa fetida, josciamo e valeriana internamente. Il dott. Rotondi nel riceverla la trova febbricitante, con addome meteoritico, e in pieno delirio; si fa un sanguisugio agli inguini — e già il 6 agosto la

mente è ritornata calma, la febbre moderata, qualche bolla di miliare comparsa al collo, subentrata una lieve diarrea, il ventre indolente, detumefatto. Dopo il parto vi fu una calma di 22 giorni (dal 29 luglio al 21 agosto) indi un accesso epilettico, poi altra calma di 17 giòrni fino, cioè al 7 settembre, in cui tornò altro accesso: tacquero questi per 15 giorni fino al 22 settembre ed il 27 la Mantica fu dimessa in discreto stato di salute.

È a notarsi dunque in questo soggetto l' apparire di un accesso ogni 20 a 25 giorni fuori gravidanza, l'aumentarsi di essi a 2, 3 per settimana sul principio della gravidanza, l'associarsi di delirio e il salire degli accessi a 2, 3 nelle 24 ore alla fine di questa, e la rapida riduzione che subiscono sul puerperio, non avendone più che 3 nello spazio di 59 giorni. Differenza notevole che indubbiamente ed unicamente trova la sua ragione nella gravidanza e nella triste influenza che questa esercita sul sistema nervoso cerebro-spinale e ganglionare.

Il secondo caso d' epilessia in donna gravida fornisce minori dettagli, ma viene in appoggio al già narrato ed al concetto ultimo.

Rossi Rachele, contadina di Ozzero, d' anni 34, fu sempre di ottima salute: ebbe i primi tre parti felicissimi alla distanza fra loro di 2 anni, sempre allattando i proprj bimbi. Nell' ottobre 1855 nutriva il 3.° nato già da 3 mesi, quando vedendo presa da cholera la propria padrona, ne ebbe tale spavento da cadere in moti convulsivi, i quali in capo a 2 mesi assunsero la forma dell' epilessia: in seguito al primo accesso, altri se ne manifestarono a distanze lunghe, e nel 1857 rimasta incinta per la 4.ª volta, si verificò nella frequenza loro un aumento notabile, che subiva poi nuova riduzione durante l'allattamento. Altre 3 gravidanze vi successero e sempre gli accessi si ripetevano in esse più da vicino e con più marcata intensità. Nel 1864 comparve nella Sala Maddalena incinta all'8.° mese, e fu allora ch' io verificai per la 1.ª volta il fatto che la Rossi mi

narrava di calma maggiore dopo lo svuotamento dell'utero, avvenuto con morte del prodotto. Ho veduto 5 accessi negli ultimi 27 giorni di gravidanza, e neppur uno negli 11 di puerperio consecutivo. Nel giugno del 1863 ritornava per estesa scottatura di 1.° grado al collo; gravida al 7.° mese e mezzo, in 41 giorni ebbe 11 accessi prima dello sgravio, di poi soli 2 in 18 di puerperio. L' ho riveduta nel gennajo del 1866 e mi ripetè la stessa storia per riguardo al passato e per riguardo alla gravidanza in cui si trovava in quest'ultima epoca.

È anche questa una storia abbastanza significante e che colla prima ha importanza pratica; tanto più che di tale argomento non si fa parola alcuna dagli specialisti.

Di altre forme morbose in gravidanza, quali la febbre da malaria, il tifo addominale, le forme acute meningo-cerebrali, ecc., io non ho raccolto dati sufficienti per discorrerne con utilità e verità di deduzioni. Le malate di sifilide e di infezione acuta, sfuggirono al mio studio perchè ragioni troppo ovvie impongono siano trasportate, subito scoperte, in appositi comparti.

Ho terminato di dire quanto spetta alla gravidanza. M' accorgo essermi diffuso qua e là più di quanto lo voleva io stesso: ma la penna ed il pensiero scorrono quando l' argomento ci è amico e vi entra la predilezione.

Mi scusi quindi di tale pecca il bisogno di esprimere le mie convinzioni, in argomenti di cui una parte aveva bisogno di schiarimento, un'altra non ne aveva peranco avuta: mentre più e più pregiudizj ed errori dovevano esser distrutti, e molte opinioni ridiscusse per esser portate sul campo della nuova e vera medicina. Sarò io riuscito a questi intenti? Aspetto il giudizio dai collega e dagli imparziali cultori della specialità.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Clinica medica dell'ospedale Hôtel-Dieu a Parigi; *per il prof.* **A. TROUSSEAU.** *Tre volumi in-8.° di pag.* 2383; 2.ª *edizione. Parigi,* 1865-66, *presso Baillière et fils. — Rivista bibliografica per il dott.* **Plinio Schivardi.**

III.

Riprendiamo per finirla l' analisi bibliografica di quest'opera, che abbiamo cominciato nel fascicolo di luglio 1865 e continuata nel fascicolo di aprile 1866. La grande estensione di essa, e varie altre occupazioni nello scorso anno, ci hanno impedito di compiere questa nostra rassegna in un più breve spazio di tempo.

L' opera del Trousseau ha avuto frattanto l' onore anche di una traduzione spagnuola, che venne fatta a Madrid da un distinto medico, il dott. E. Sanchez y Rubio, e pubblicata completa nello scorso anno. Ma nello stesso tempo l' illustre professore si è ritirato definitivamente dall' insegnamento, con grande dispiacere degli studenti parigini. Avevamo già annunciato come nel 1865 avesse dato la sua dimissione dalla cattedra di Clinica medica, e fosse andato a rimpiazzare il Grisolle nel posto di professore di farmacologia, che già per 15 anni avea con onore coperto, e ove sperava poter impiegare la sua *verte viellesse.* Ma appena passato l' anno scolastico ha dovuto abbandonarlo, lasciando anche per questo con quel suo bel *Traité de thérapeutique,* del quale ha già fatto sette edizioni, uno splendido saggio della sua attività scientifica e professionale.

Il terzo volume consta pur esso di 800 pagine, e porta oltre a ciò una *tavola analitica* delle materie contenute nei tre volumi, che riesce di grande utilità per lo studioso.

I due primi capitoli trattano della *vertigo a stomacho leso* e della *dispepsia.* Col primo nome intende Trousseau la *vertigo per consensum ventriculi* degli antichi autori, *vertigine stomacale* dei moderni (Blondeau (1)). È una specie di vertigine assai comune e poco conosciuta. La tenacità dei fenomeni che la caratterizzano, i suoi ritorni incessanti, la sua apparente gravità tormentano assai gli individui che ne sono affetti ed anche i medici, che spesso mettono in opera le medicazioni opposte a quelle che solo riescono. Si ritiene il più delle volte infatti un effetto di congestioni cerebrali, e si tratta cogli antiflogistici, e questi ne aumentano l'intensità. Essa è invece legata ad alterazioni delle funzioni digestive, ed ha caratteri speciali. È uno stordimento, un senso di vuoto, di vago, nel capo; ovvero sembra al malato che le sue tempie sieno violentemente strette da un cerchio di ferro. Ora egli prova una sensazione di freddo glaciale, ovvero racconta che ha una nebbia davanti agli occhi, che gli oggetti che guarda sono confusi. La forma più comune però è la *gyrosa;* quando l' individuo è in piedi, tutto gira intorno a lui, egli è obbligato di chiudere gli occhi e di tenersi nella più completa immobilità. Mai però il malato perde i sensi, anche se vacilla e cade.

Trousseau dunque lega questi fenomeni morbosi ad alterazioni delle funzioni digestive. Infatti quelli individui soffrono di dolori di stomaco quando digeriscono; la pressione sull' epigastrio risveglia o esagera il dolore; vànno soggetti a flattuosità, a rutti acidi, a vomiti mucosi, a stitichezza. Le vertigini però non si sviluppano quando avvengono le digestioni, ma a stomaco vuoto, e basta prender un brodo, un biscotto bagnato nel vino per prevenirle quando cominciano, o farle cessare quando vi sono.

---

(1) « Archives générales de médec. », settembre 1858.

La medicazione che riesce sempre a Trousseau per questi malanni si è quella cogli amari e cogli alcalini: l' infuso di quassia, e il bicarbonato di soda colla creta e la magnesia, ovvero le acque di Vichy. Quando l' appetito è languido, ricorre alla noce vomica a solleticare la sensibilità della mucosa e la contrattilità dell'apparecchio muscolare del ventricolo.

Però anche per queste come per la *dispepsia* un buon regime di vitto è la prima cura. Trousseau dedica un paragrafo apposito a tutte le maggiori minutezze su questo argomento. Come modificatori locali: il magistero di bismuto, la creta preparata, gli alcalini, l' acido lattico. Nella dispepsia bulimica: l' oppio, la belladonna a piccola dose, gli antispasmodici, lo zinco. Nella dispepsia acida: gli alcalini, i narcotici, le acque minerali. Nella dispepsia flatulenta: gli amari, i tonici, le acque minerali cloro-sodiche e i bagni di mare; e così via, una serie di prescrizioni per tutte le forme. Nella dispepsia grave e ribelle finalmente le inalazioni di gas ossigeno riescono bene. Con esse ottenne risultati rimarchevoli dal punto di vista terapeutico, e *inattesi* e *paradossali*, dice, dal punto di vista fisiologico.

I due capitoli che seguono si riferiscono alla *gastrite cronica* ed all' *ulcèra cronica del ventricolo.* Dimostra che è a torto che si nega la gastrite oggi. Una volta, è vero, all'epoca di Broussais non si vedeva che essa dappertutto, ora percorrendo i varj ospedali di Parigi non si trova più neppure il nome. Pure la gastrite sviluppantesi spontaneamente esiste in realtà secondo Trousseau.

Fra i vari coloramenti morbosi della membrana mucosa del ventricolo, il grigio, l'ardesiaco, il bruno sembrano più specialmente appartenere all' infiammazione cronica, sia che si presenti sotto forma di macchie ora arrotondate, ora irregolari, sia che si manifesti uniformemente sparso su d' una superficie più o meno grande. Avverte però

l' autore di ben distinguere il coloramento morboso da quello che è un effetto di imbibizione cadaverica.

Ma la lesione più essenzialmente caratteristica della gastrite cronica è l'ipertrofia delle tuniche del ventricolo; ora la membrana mucosa sola, ora tutti gli strati, mucoso, connettivo e muscolare sono ispessiti, ora l'ispessimento è esteso a tutto l'organo, ora parziale a qualche parte. La gastrite cronica è rarissima e Trousseau crede quindi opportuno riportare un caso della sua vasta pratica. Era un uomo di 50 anni, che da alcun tempo vomitava tutti gli alimenti. Si dovea escludere il sospetto di cancro al primo aspetto, conservando l' individuo una tinta cutanea di rimarcabile freschezza. Vomitava una quantità grande di liquido filamentoso, analogo a quello che rendono colle orine gli individui affetti da catarro vescicale, e mescolato a materia nerastra, melanica. Nessun tumore si poteva riscontrare, ma tenendo la mano all'epigastrio, e facendo fare al malato grandi inspirazioni, si sentiva sotto le dita una specie di sfregamento, che sembrava prodotto da un indurimento delle pareti del ventricolo. Nonostante l' assenza del tumore, anche Trousseau fece diagnosi di carcinoma del ventricolo. All' autossia, sorpresa generale, nessun tumore, nessuna traccia di eteromorfia e invece i suddescritti caratteri della gastrite cronica.

L' *ulcera semplice del ventricolo, ulcus perforans ventriculi* di Rokitansky, è già stato argomento di tanti e sì svariati studj, che poco di nuovo restava a dire (1). Non faremo quindi che esporre di volo alcune idee dell'Autore. Egli ritiene che il dolore gastralgico coi suoi *punti dolorosi* alla cartilagine xifoidea e alla regione rachidea corrispondente non sia un sintomo esclusivo di

(1) Richiamiamo a questo proposito alla memoria del lettore il bel studio dei professori Inzani e Lussana (« Annali univ. di medicina », vol. 182. Anno 1862).

questa affezione, ma che si può riscontrare anche in altre malattie. È però un fatto che quel dolore ha carattere speciale, è terebrante, ovvero vien paragonato alla sensazione di bruciore, di una piaga messa a vivo, di un pizzicotto violento. Si sviluppa a crisi, con esacerbazioni, si esaspera colla pressione all'epigastrio, si risveglia coll'ingestione degli alimenti, persiste durante la digestione stomacale. Ritiene però che non è possibile distinguere la gastralgia idiopatica dal dolore dell'ulcero semplice. Così dicasi del vomito di materie nere, dell'ematemesi e della melena, che d'ordinario l'accompagnano. L'emorragia è carattere comune all'ulcera ed al cancro, ma può anche mancare; di regola però quella della prima è più abbondante di quella del secondo. Il vomito di sangue e le dejezioni nere (melena) di solito accompagnano la prima affezione per tutta la sua durata, ma non si osservano che all'ultimo periodo della seconda. Le ematemesi considerevoli, le melena folgoranti, appartengono ben più all'ulcero semplice che al cancro.

Riassumendo, le gastrorragie abbondanti e ripetute, accompagnate o no da melena, i dolori gastralgici violenti coi suddetti punti dolorosi, l'assenza di ogni tumore all'epigastrio, ci permettono di supporre l'esistenza di un'ulcera semplice. Ma nello stato attuale della scienza la diagnosi fra ulcero semplice e cancro dello stomaco è ancora avvolta in grande oscurità, conclude Trousseau. Nel cancro però quando si può constatare il tumore, vi ha anche o grande stitichezza, o diarrea, e il coloramento giallo-paglia della cute.

Il capitolo susseguente sente troppo delle dottrine umorali. Vi si parla della *diarrea* e se ne distingue sette specie: catarrale, sudorale, nervosa, ecc., classificazione che l'Autore stesso chiama artificiale. D'importante vi ha la nuova cura iniziata dal Trousseau per la diarrea in genere e per quella dei bambini, di cui parla nel ca-

pitolo che vien dopo, consistente nell' uso della carne cruda. Questo trattamento, che ora si può dire ha preso cittadinanza nella scienza, fu primamente, se non introdotto, certo sostenuto fortemente e usato largamente dal Trousseau per il primo. Egli narra come 12 o 15 anni sono ne avesse la prima idea in un consulto, dove la sua proposta fece ridere i colleghi; come però riuscisse in quella giovine donna affetta da 6 mesi da diarrea incoercibile, ribelle a tutte le medicazioni. Era difficile far mangiare del *filet de bœuf* ad una donna. Cominciò dunque con darglielo *poco cotto*, anzi appena passato su d' un fuoco vivissimo. In seguito glielo diede crudo, guarì, e la guarigione si mantenne. Ordinariamente però ricorre ad un altro stratagemma. Fa preparare la carne cruda sotto una forma, che decora col nome di *conserva di damasco*, e che non è altro che carne cruda ridotta in polpa e mescolata con *confiture* (marmellata) *de groseille*, o con *conserva di rose*. Così travestita, viene presa senza ripugnanza. Sembra straordinario, dice Trousseau, che stomachi ed intestini dapprima incapaci di sopportare, di digerire gli alimenti anche i più leggieri, s' accomodino facilmente ad un nutrimento così forte e se ne trovino bene.

Noi abbiamo adoperato la *conserva di damasco* in due casi, ma non abbiamo avuto questi così lusinghieri risultati. Erano di diarrea da pellagra e essa non sostò. Abbiamo però constatato dei bei successi nella terapia infantile.

Col nome di *cholera infantile* intende Trousseau la diarrea dei bambini, che i medici americani descrissero come *summer diseases* e ne tratta nel capitolo susseguente. Accetta quel nome, perchè lo dice consacrato dall' uso e si conserva nemico di ogni neologismo inutile. La stagione estiva sembra che in Francia lo provochi assai, come in America. Esso presenta i caratteri del

cholera asiatico, ed è l'espressione la più grave dei fenomeni che può cagionare lo slattamento prematuro. È non solo l'esagerazione del catarro intestinale, dell' enterite cagionata da ripetute indigestioni, ma è qualche cosa di più, è la stagione che imprime un marchio speciale, e una tale malignità da rendere spesso vani gli sforzi dell' arte.

Tuttavia la medicazione della *carne cruda* costituisce per Trousseau in questa malattia il mezzo migliore. Da lunghi anni egli l' ha addottata, e con lui Blache e Roger, i rinomati medici dell'*Hôpital des enfants*, per quanto abbia trovato e trovi ancora presso alcuni medici ostilità. Egli somministra ai bambini fino dal primo giorno 125 grammi della sua famosa conserva. Nei primi giorni la carne passa quasi tutta colle feci, in seguito non più, e viene assorbita assai bene.

Segue ora un capitolo sull' *allattamento, sulla prima dentizione, e sullo slattamento*, pieno di ottime osservazioni pratiche. Poi viene quello sulla *dissenteria*, che chiama la *più grave di tutte le malattie epidemiche*. Parla dell' epidemia spaventosa che devastò la Francia nel 1859, senza risparmiare Parigi, che da oltre un secolo non avea avuto che casi isolati. Trousseau ne ebbe in sala due, l'uno è guarito, un altro è morto, ed egli ne ha dimostrato le *orribili lesioni intestinali* che provano l' inutilità dei nostri sforzi terapeutici. L' intestino crasso offriva le traccie di una viva infiammazione, in alcuni punti ulcerato, in altri con placche gangrenose. Lo sfacelo avea invaso in varj punti la membrana sottoperitoneale. Ma le ghiandole del Peyer erano rispettate, e questo è caratteristico.

Per Trousseau la dissenteria è la più mortale di tutte le malattie epidemiche; il tifo, il vajuolo, il cholera non fanno tanta strage com' essa. Le sue cause ci sfuggono. L'uso dei frutti fu spesso incriminato ed è questo,

secondo Trousseau, un pregiudizio, contro cui protestarono da Stoll e Zimmermann in poi tanti pratici. Crede invece che l'affezione sia *eminentemente contagiosa*, quando si sviluppa epidemicamente.

Quanto alla cura, ritiene Trousseau che la medicazione evacuante coi sali neutri, a dose purgativa, sia il metodo terapeutico per eccellenza. Buono il calomelano *fracta dosi*. Un posto importante vi occupano pure gli emetici e l' ipecacuana in ispecie. Ne fa la storia e ritiene che nella dissenteria sia di una incontestabile utilità. Oltre a ciò usa bevande feculenti, acqua albuminosa.

Seguono due capitoli sulla *stitichezza* e sulle *occlusioni intestinali*, a cui sorvoliamo, perchè di poco interesse. Quello sulle *fessure anali*, che vien dopo, presenta una importante applicazione, che Trousseau deve al suo maestro Bretonneau e che tutta medica com' è non gli pare sia apprezzata convenevolmente dai chirurghi. Consiste nell' uso dei clisteri composti d' estratto e di tintura di ratanhia. È modificando le superfici malate che la ratanhia è così efficace; essa dà oltre a ciò un aumento di tonicità alla membrana mucosa dell' intestino, e alla rete cellulare sottostantevi, per cui la ferita, resistendo maggiormente i tessuti al passaggio degli escrementi, non è più lacerata e tende naturalmente alla cicatrizzazione. Egli sostiene che la costrizione dello sfintere sia l' effetto e non la causa delle fessure dell' ano, che questa teoria data da Boyer per spiegare il meccanismo della loro formazione sia oggi dalla maggior parte dei chirurghi abbandonata e che ora non si pensa che a modificare l' ulcerazione, sia incidendola per convertirla in piaga semplice, sia portandovi delle pomate analoghe a quelle che si usano per le ulceri ribelli.

Ecco ora il metodo di Trousseau. Ogni mattina somministra un clistere d' acqua di crusca o di malva onde vuotare l'intestino; mezz' ora dopo che è reso, fa propi-

nare il clistere di ratanhia da tenersi per qualche minuti e da ripetersi la sera.

È importante il capitolo che tratta dei *calcoli epatici e biliari.* Egli incomincia col ricordare il nostro immortale Morgagni, che nella XXXVII lettera della sua grand' opera asserisce il timore che *non si trovino caratteri evidenti, mediante i quali questi calcoli possano essere riconosciuti di una maniera certa e facile*, e che noi dobbiamo limitarci a semplici *congetture.*

Trousseau aggiunge che i progressi della scienza moderna non hanno cambiato nulla a questa proposizione; per noi ancora la diagnosi delle coliche epatiche resta incompleta, finchè il malato colle feci non ne abbia espulso. Fino a questo punto non abbiamo che presunzioni più o meno fondate, che però talora possono acquistare una gran forza.

È evidente infatti, dice Trousseau, che allorquando degli individui si lagneranno d'aver provato a più riprese, e ad intervalli più o meno lontani, dei dolori violenti occupanti l' ipocondrio destro, l' epigastrio, il contorno dell'ombilico; che questi dolori irradiando in tutto l'addome, rimontando nel petto fino alla spalla destra, saranno così vivi, così atroci da strappar grida al malato, da gettarlo in una agitazione quasi convulsiva, e perfino talora in una sincope; che saranno accompagnati da nausee, vomiti, e che dopo aver durato 5 o 6 ore saranno seguiti da un' itterizia che comparirà l' indomani, è evidente che in tali circostanze potremo pronunciarci quasi *senza timore,* e porre un diagnostico che presto o tardi riceverà la sua intera conferma. Sfortunatamente però nei casi ordinarj quel complesso di sintomi manca, i malati non si lagnano che di ciò, che si chiamano *crampi dello stomaco,* ai quali vanno soggetti ad intervalli tre a quattro volte l'anno, insieme ad un senso

d' ansietà, di malessere, di propensione al vomito, ecc. L'itterizia manca spesso e non è un segno essenziale patognomonico, per cui quei dolori possono essere ritenuti una gastralgia, una enteralgia, ecc. In questi casi converrebbe sempre raccogliere le feci su d'uno staccio stretto, lavarvele con molta acqua, in modo che le materie solide vi restino sole, e questa disgustevole operazione ripetere sin 4 a 5 giorni dopo la cessazione delle coliche.

I calcoli sono più frequenti nelle donne che negli uomini, più nell' età avanzata e matura che nell' adolescenza. Sono ordinariamente di color bruno, verdastro, talora con punti a varj colori, dovuti a proporzioni più o meno considerevoli di colesterina e di materia colorante della bile che entrano nella loro composizione. La loro sede più abituale è 9 volte su 10 la cistifellea, ma possono formarsi anche nell' interno del fegato. È al punto in cui penetrano nei condotti escretorj che ha luogo la *colica epatica*.

La causa della formazione di quei calcoli ci sfugge. È noto che in casi rari essi si fanno strada, mediante una fistola, all'esterno.

Venendo alla loro cura, Trousseau comincia col farsi una domanda: allorquando un individuo ha dei calcoli epatici, possiamo noi impedire che egli abbia la colica? Ed allorquando questa si è dichiarata, possiamo sperare di distruggere in frammenti le concrezioni che la producono e farle passare per i canali cistico e coledoco?

Alla prima per la personale esperienza Trousseau risponde negativamente. Barth invece ha pubblicato alcuni casi interessanti che proverebbero di sì, perchè dimostrerebbero che intervenendo mediante certi medicamenti, comunicanti alla bile qualità particolari, si potrebbe agire sui calcoli, disaggregarli e facilitare il loro passaggio nell' intestino, senza coliche.

Gli alcalini, per esempio, avrebbero un'azione solvente

sulla colesterina: impadronendosi delle materie grasse del sangue, le strascinerebbero via saponificandole e impedendo il loro deposito nella bile. Anche il famoso rimedio di Durande era basato sullo stesso principio. Si amministrava ai malati un miscuglio d' etere solforico e d' essenza di trementina nelle proporzioni di tre parti del primo e due del secondo.

Altri recentemente proposero l' amministrazione interna del cloroformio, perchè Gobley dimostrò che i calcoli epatici erano in esso solubilissimi. Trousseau rigetta tutte queste teorie chimiche basate sulla possibile dissoluzione dei calcoli epatici, e ce ne rincresce, perchè la teoria spesse volte fu sanzionata dalla pratica, ed è tutt' altro che irrazionale. Egli rigetta la cura colle acque minerali alcaline, che pure nei calcoli renali riescono spesso così bene. Egli nega che la medesima abbia la possibilità di agire su quelli e su questi, *quando siano formati*. Ciò che si può fare, secondo lui, è di sollecitare la loro espulsione animando le secrezioni biliari e urinarie, i cui prodotti strascineranno fuori le concrezioni che si sono già fatte. Crede però che si possa coi mezzi chimici *prevenire che si formino*, ma che abusando però della medicazione alcalina, si alterino le funzioni digestive, e si spossi l' organismo. Egli perciò fa alterare le acque di Vichy, per esempio, colle *perle d' etere*, colle *perle d' essenza di trementina* del dott. Clertan, o colle *capsule gelatinose* di Lehuby, che il malato riempie da sè di essenza di trementina o di etere, 12 goccie di questo e 6 di quella, prendendone 2 a 3 a 4 al giorno, ed anche più.

Anche per le *cisti idatiche del fegato*, cioè quelle contenenti gli echinococchi, ha un lunghissimo capitolo, pieno di casi tolti dalla sua vasta pratica.

Fa la storia di queste produzioni morbose, senza sintomi caratteristici, mostra quanto ne sia difficile la dia-

gnosi, meno il caso in cui vi sia un tumore alla regione epatica. Noi, aggiunge, non possiamo avere la certezza assoluta della loro esistenza, se non quando fatta una *puntura esploratoria* ne otterremo un liquido offrente caratteri speciali, e meglio ancora delle idatidi, o dei frammenti d' idatidi. Se le applicazioni calmanti poi possono valere a combattere i dolori violenti, la medicina è assolutamente impotente non solo a guarire il male, ma ancora a ritardarne il progresso. La chirurgia sola può essere di un utile soccorso, coll'evacuare la cisti e opporsi a che si formi di nuovo distruggendo i vermi.

Per la puntura semplice si deve scegliere il punto dove il tumore idatico è più protuberante, o meglio la regione ipocondrica, dove le pareti addominali sono poco spesse o l'operazione è più facile. Trousseau enumera tutti i pericoli dell'operazione e i varj metodi per eseguirla.

Aperta la cisti, vi si fanno delle *injezioni jodiche*, preconizzate da Boinet, che ottenne i migliori risultati. Si praticano ogni giorno, composte di parti eguali di tintura di jodio e acqua distillata, aggiungendo ogni 100 grammi 4 di joduro potassico.

A completare le cognizioni nostre sulle malattie del fegato, serve il capitolo seguente, che riguarda quella affezione detta dai francesi *Ictère grave*, o itterizia maligna (ittero tifoide). È da una dozzina d'anni appena che l'attenzione dei patologhi è stata richiamata su d' una forma di itterizia, che termina quasi sempre e rapidamente colla morte, e che ha per sintomi principali il coloramento della cute e emorragie multipli. Graves e Budd la chiamarono *itterizia maligna* o giallo d'Irlanda, febbre gialla nostrana. Frerichs *atrofia acuta o gialla del fegato*. Monneret invece non accordando che un'importanza secondaria alla diminuzione di volume ed alla alterazione organica del fegato, la chiamò *itterizia emorragica essenziale*. Per Trousseau è una malattia generale, *totius*

substantiae, analoga alla febbre tifoidea, ed alla febbre biliosa delle regioni intertropicali. Ha infatti sintomi tifoidei fin dall'esordire, con un coloramento giallo e verde della pelle e della congiuntiva. Vi si aggiungono emorragie dalle membrane mucose: epistassi, gastrorragia, melena; emorragie dalla pelle: ecchimosi, purpura. La diminuzione del volume del fegato non è costante.

Una lesione microscopica invece sarebbe costante. Rokitansky e Frerichs l'hanno trovata nella cellula epatica, che presenta le sue pareti distrutte; appena si riscontra qualche nucleo isolato, perduto in mezzo ad una massa di materia amorfa e grassa. Dunque distruzione di cellule, predominio di grasso. Il fegato però non è tutto affatto alterato, vi sono parti sane in mezzo a parti malate. Il lobo sinistro è quello in cui l'alterazione fa più rapidi progressi. Presenta un aspetto giallo d'ocra alla superficie ed al taglio.

Trousseau ritiene che a torto la scuola tedesca dia a questa affezione il nome di atrofia, quando non vi ha che distruzione della cellula epatica, con o senza modificazione nel volume e nella consistenza dell'organo.

Tuttavia Trousseau non vuole neppure che si assimili colla vera *febbre gialla*. Egli ha avuto occasione di vedere un gran numero di ammalati di questa e dice che passa un enorme differenza fra le due affezioni. Infatti, manca l'itterizia nella febbre gialla; su più di mille malati che egli ha visto, non uno la presentava. Nella febbre gialla vomiti neri e dejezioni nere sempre, per cui fu detta anche *vomito negro*, *vomito prieto*, ed è fenomeno considerevole, capitale, che manca quasi affatto nell'altra. In quella le orine contengono molta biliverdina, e si colorano ancor più colla tintura di jodio e l'acido nitrico; nella febbre gialla le orine invece sono rosse, scarse come nel reumatismo articolare acuto, e talora soppresse affatto. Oltre queste differenze esterne vi sono poi tutte le altre interne.

Ommettiamo il susseguente capitolo sulla *sifilide* nel feto, nel neonato, ereditaria ed acquisita, perchè tratta quistioni speciali, su cui conviène che noi non ci dilunghiamo, per passare all'altro che lo segue, sulla *gotta*, a questo argomento tanto discusso e trattato, e ancora poco dilucidato.

Trousseau esordisce col solito richiamo di uno dei suoi prediletti autori, il Sydenham! Il *Trattato della gotta* di questo clinico chiama *meravigliosa monografia*, *nello stesso tempo sì corta e sì completa*; dice che l'*Ippocrate inglese*, tormentato lui stesso per lunghi anni da questa malattia, ne ha parlato *en maître* in una descrizione ammiranda e che non si saprebbe cosa aggiungere di più a ciò che egli ci lasciò. Poi ricorda Van Swieten e Boerhave e tutti gli altri che vennero dopo.

La *gotta*, dice egli, parola da ammirarsi, perchè qual che sia il senso che vi hanno attribuito primitivamente quelli che l'hanno inventata, si applica così bene e meglio di tutte le altre. Svincolata da ogni pretensione scientifica, senza significato nosologico, è perfetta appunto perchè non ha alcun senso dottrinale, perchè trova posto in tutte le nomenclature, senza bisogno di un articolo di fede patologica. È preferibile di molto a quella di *podagra*, perchè non significa che dolore ai piedi, a quella d'*artritide* che non esprime che la manifestazione locale del male, ommettendo tutte quelle che hanno luogo sì frequentemente altrove.

Dopo queste osservazioni che ci pajono giuste e sensate, il Trousseau passa in rivista tutti i fenomeni della gotta colla più scrupolosa minutezza, soffermandosi a marcarne la maggiore o minore importanza. Distingue una *gotta acuta regolare* coi suoi fenomeni premonitorj, le alterazioni digestive, nervose, orinarie, le affezioni catarrali, uretrali e oculari, e quella a forma di piccoli parossismi; una *gotta cronica regolare* colle sue

deformazioni articolari consecutive agli attacchi, i suoi immancabili *tophus* che non si incontrano in nessun altra malattia; una *gotta larvata* della quale traccia un esteso paragone fra essa e le febbri palustre larvate.

Quando si presenta l'occasione di fare l'autossia di un gottoso, si trova, aprendo le articolazioni affette, che le superfici articolari sono coperte di placche, di strati più o meno larghi d'una sostanza biancastra, gessosa, che penetra talora nelle stesse cartilagini, e che furono dette tofi. Generalmente le articolazioni sono secche e questa assenza della sinovia spiega la rigidezza di queste articolazioni in vita. Di solito i tofi sono piccoli, ma talora acquistano un volume considerevole. Trousseau ne vide della grossezza di una noce, di un uovo di piccione; talora restano indipendenti dalla pelle, talora invece la irritano, ed essa si ulcera. Li vide non solo attorno alle articolazioni ma all'estremità delle dita, al bordo del padiglione delle orecchie, e costituiscono, quando si sviluppano presto, un segno caratteristico differenziale fra reumatismo e gotta. Ed eccoci così ad uno dei punti più difficili. La gotta e il reumatismo sono dessi la stessa malattia? Alcuni rispondono affermativamente, ritenendole due maniere differenti di una stessa malattia.

Trousseau ammette che fra gotta e reumatismo articolare esistano dei grandi punti di rassomiglianza, ma che vi sono delle differenze più grandi ancora, e principalmente poi col reumatismo articolare acuto. Nella gotta, nel primo attacco, le piccole articolazioni sole sono prese, anzi la localizzazione è ordinariamente nel primo dito. Negli attacchi ulteriori anche le grandi articolazioni non sono più risparmiate. Nel reumatismo articolare acuto il male di solito invade più articolazioni, se non d'*emblée*, certo successivamente, e attacca principalmente le grosse. Nella gotta i sintomi generali che precedevano scompajono allo svolgersi suo, nel reumatismo persistono. Il

reumatismo ha una rimarchevole coincidenza colle affezioni cardiache, l'endocardio più sovente che il pericardio è colpito; ciò è raro nella gotta. Infine se nel reumatismo le orine sono cariche di acido urico, la renella è quasi esclusiva della gotta. E così continua Trousseau una serie di confronti nell'eziologia, nella durata, ecc., a dimostrare le differenze che separano gotta da reumatismo.

Quanto alla natura della gotta egli non accetta interamente la dottrina moderna. Alle teorie umorali e solidiste degli antichi, la chimica dovea necessariamente sostituire la sua, dice egli. Le analisi avendo dimostrato nel sangue dei gottosi e in altre parti del loro organismo l'esistenza dell'acido urico in eccesso, alcuni vollero vedere in questo il principio gottoso per eccellenza, e negli attacchi di gotta gli sforzi della natura per espellerlo. La scienza in oggi ha precisato meglio l'idea. L'ossidazione completa delle sostanze azotate produce urea, l'ossidazione incompleta l'acido urico. Se questo viene prodotto in eccesso, in modo che non sia eliminato intieramente, si ha la *diatesi* urica, cioè *gottosa.* Trousseau trova qualche punto indifendibile in questa teoria, come nelle altre di Robin, ecc.

Convien curarla la gotta, si domanda da ultimo Trousseau? Dai tempi del poeta Luciano, che enumerava un bel numero di specifici nel suo umoristico poema *Tragopodagra,* si sono moltiplicati i rimedj all' infinito.

Eppure Trousseau che nei primi tempi della sua carriera avea tentato come tanti altri di lottare contro il male, oggi resta *les bras croisés*, non fa niente, assolutamente niente, contro gli attacchi della gotta acuta. Ma quando i parossismi si seguono con rapidità, allora soccorre il malato, cerca moderargli gli atroci dolori. E qui passa in rivista i medicamenti principali usati contro la gotta, dal colchico tanto celebrato fin dagli antichi, e che è la base di tutti i pretesi specifici, alle fumigazioni di

tabacco, alle soluzioni alcaline rimesse ora in onore dai difensori della teoria chimica della diatesi urica. Per tutti delle buone osservazioni pratiche. Raccomanda poi la grande sobrietà, e di schivare ogni eccesso.

Il quadro della gotta è completato dal capitolo susseguente, in cui parla del *reumatismo nodoso*, detto a torto reumatismo gottoso, malattia frequente negli Asili pei cronici, comune alle donne, nella quale la pelle presentasi col suo colore normale, e le deformità articolari sono costituite non da concrezioni tofacee, ma da protuberanze di teste ossee, aumentate in volume, incrostate di osteofiti.

Passa così al *reumatismo articolare acuto*, di cui nota la grande frequenza, lo ritiene una malattia diatesica, affettante sopratutto il tessuto fibro-sieroso. Ricorda la legge di coincidenza trovata da Bouillaud fra affezioni di cuore e reumatismo articolare. Trousseau però non sottoscrive pienamente a questa legge, poichè in molti casi di reumatismo articolare acuto non ha riscontrato nè endocardite, nè pericardite, nè endopericardite. Quando l'ha constatata, ebbe sempre ottimi risultati dal metodo rivulsivo; il dolore, l'oppressione, la palpitazione, il soffio, l'aumento d'estensione dell'area cardiaca scomparivano coll'applicazione locale di senapismi o vescicanti. Quanto alla cura del reumatismo, riconoscendo che la febbre, il dolore, la gonfiezza reumatica sono cose necessarie in una certa misura, devesi imitare la natura e mantenere i sudori, calmare i dolori, e bandire dalla pratica ogni medicamento che possa congestionare l'encefalo, quindi anche il solfato di chinina. In Inghilterra si usa il bicarbonato di soda, alla dose di 15, 20, 35 grammi al giorno, con buoni risultati.

Come appendice a questo capitolo Trousseau dedica alcune pagine all'*endocardite ulcerosa*, malattia su cui solo in questi ultimi anni fu richiamata l'attenzione. È

un inglese, Senhouse Kirkes, che per il primo la studiò attentamente.

Egli dimostrò con dei casi pratici quali sieno le conseguenze delle alterazioni valvolari del cuore, poichè il distacco di concrezioni fibrinose da esse, e la loro migrazione nel sangue, dà origine a ristagno nella circolazione periferica e polmonare, e oltre a' varj infarti in diversi organi, la fibrina così finamente divisa produce una infezione del sangue, che si manifesta con sintomi tifoidei. Queste idee furono volgarizzate in Francia colla traduzione fatta di quel lavoro dagli *Archives génér. de Médecine* (marzo 1853) e dai lavori di Charchot e Vulpian nel 1861, di Chalvet nel 1862, di Lancereaux nel 1863. Fu constatato così che avviene una ulcerazione nelle valvole senza lavoro infiammatorio apprezzabile, senza iperemia, ma una perdita di sostanza di varia estensione e profondità, negli orli della quale si sviluppano vegetazioni fibrinose, e dall'ulcera e da questi distaccansi produzioni plasmatiche novelle, corpuscoli pioidi, granulosi, che trasportati nel torrente della circolazione infettano il sangue.

Spesso nel corso di una affezione reumatica acuta, negli ultimi mesi della gravidanza, o qualche settimana dopo il parto, o in circostanze che non si attaccano ad uno stato morboso ben determinato, si sviluppa la malattia con sintomi tifosi, ed accessi di brividi assai caratterizzati.

Si fa la diagnosi di una febbre tifoidea, e questi sintomi tifosi, questi brividi, sono appunto l'effetto dell'infezione generale prodotta dal miscuglio col sangue delle materie organiche distaccatesi dalle valvole ulcerate. Anzi nel caso di Chalvet, pubblicato da Lancereaux, l'esame microscopico e chimico del sangue dimostrò che esso conteneva dei prodotti tutt'affatto analoghi a quelli rinvenuti sulla valvola malata.

Nel 1865 noi avemmo l'occasione di osservare per la prima volta un caso di *endocardite ulcerosa* in una delle Sale femminili del nostro grande Ospedale cui in allora eravamo addetti, e la descrizione estesa di questo primo caso pubblicavamo nella *Gazzetta medica* di Milano (N. 29 dell' agosto). Quel lavoro ebbe l' onore di essere riprodotto da varj giornali tanto italiani che esteri, ed il caso figurava in una raccolta di tutti i finora conosciuti, pubblicata recentemente a Parigi. In esso io asseriva di essere stato il primo in Italia ad osservare ed a descrivere estesamente l'endocardite ulcerosa.

Questo povero vanto mi venne contestato dal prof. Federici di Camerino, il quale nel giornale del prof. Concato — La *Rivista Clinica* — in un articolo poco gentile al mio indirizzo, volle rivendicare al prof. Concato questa priorità, poichè nell'*Ebdomadario clinico* di Bologna del 1863 avea pubblicato un caso da lui ritenuto identico, e quel che è più diagnosticato con molta acutezza in vita.

Io risposi al prof. Federici che avea io pure conosciuto il caso del Concato e ammirato la sicurezza con cui lo avea in vita diagnosticato, ma che lo avea appositamente escluso dalla serie da me riferita, perchè non riferibile per nulla alla endocardite ulcerosa. Infatti trattasi di un' *endocardite sifilitica da gomma dell' endocardio*, e questo processo deve essere quindi riferito a quelle lesioni prodotte dalla sifilide, che Wagner in Germania e Gamberini in Italia hanno sì bene illustrate.

Mi pareva, che a parte le personalità con cui il signor Federici avea voluto abbellire il suo articolo, la quistione fosse finita. Ma il professore non ha creduto così e tornò all' attacco, sostenendo che il processo è identico. Lasciamo al criterio dei lettori il darne un giudizio.

Sulla *cirrosi*, Trousseau ha idee proprie. Esso non la ritiene un prodotto speciale, meno ancora un'atrofia della sostanza rossa e un' ipertrofia della sostanza gialla, ma una infiammazione cronica ordinariamente consecutiva. Laennec, Morgagni, Bailie la descrissero come tubercoli. Becquerel ammetteva che una materia albuminosa infiltrasse la sostanza gialla del fegato, che ne risultasse da ciò la sua ipertrofia, e che questa producesse la compressione e l'atrofia della rossa. Dopo Rokitansky e Frerichs si ritiene dovuta alla essudazione di un blastema organizzabile nella trama del tessuto congiuntivo interlobulare. Il blastema o sostanza plastica s' organizza in tessuto congiuntivo, il quale divien fibroso, si contrae, e nella sua retrazione strangola il parenchima secretore e i vasi capillari sortiti dalla vena porta. Da questa retrazione risulta come triplice conseguenza: l'atrofia della ghiandola, la diminuzione della secrezione biliare e l'ascite. Trousseau non esita a dire con Frerichs che la cirrosi deve la sua origine a una flemmasia cronica, ma contrariamente a Frerichs, e d' accordo, dice, coi fatti, ammette che questa flemmasia cronica è spesso consecutiva ad una affezione cardiaca, in cui si sviluppa per un meccanismo speciale.

Altra causa non meno potente è l'alcoolismo. Assorbito l'alcool in sostanza dalle vene dello stomaco, esso arriva direttamente nel sistema porta-epatico, bagna largamente i tessuti dei lobuli e l'irritazione che vi produce esercita una disastrosa influenza. Tutti sono d'accordo in ciò e gli inglesi chiamano giustamente la cirrosi *gin-drinker's liver*.

Così la febbre intermittente e la sifilide. Perciò le cause prossime si aggrupperebbero sotto due capi: iperemia cronica passiva per affezione di cuore o per cachessia palustre; iperemia cronica attiva per intossicazione alcoolica o per infezione sifilitica. Trousseau crede che a

ciascuna di queste cause corrisponda una forma speciale d'alterazione cirrotica.

Quanto alla sintomatologia, avverte che è una delle più complesse e più oscure. Il solo sintomo pronunciato e caratteristico è l'ascite. Essa aumenta lentamente, e l'aspetto del ventre divien caratteristico per lo sviluppo delle vene sottocutanee disegnantisi sotto la pelle, che esse sollevano e formanti un intreccio vascolare che dall'ombilico s'irradia dall'alto verso l'epigastrio e in basso verso la regione inguinale. Talora essendo estremamente dilatate divengono sede di un fremito vibrato con soffio vascolare percettibile collo stetoscopio. I due sintomi fisici della cirrosi sono dunque solo l'ascite e lo sviluppo delle vene sottocutanee del ventre. Talora le pareti addominali si infiltrano e così gli arti inferiori. In questi casi la magrezza della faccia, degli arti superiori e del tronco, contrasta colla gonfiezza degli inferiori. Nell'orina frattanto compare una quantità di sostanze straniere all'organismo, come la leucina, la tirosina, una materia estrattiva particolare; l'acido urico è in piccola quantità, l'urea scomparsa. L'itterizia, che è un carattere fondamentale della atrofia acuta, perciò appunto detta itterizia maligna, è rara nella cirrosi, che è alla fine un'atrofia cronica, perchè è lenta e successiva. Su 36 casi di cirrosi Frerichs l'osservò 7 volte, e non era marcata che in 2 soli.

La terapia nella cirrosi non ha potere, secondo Trousseau, che nella lesione iniziante, è impotente nella confermata. È dunque a prevenirla o ad inceppanne il decorso che deve tendere il medico. Quindi allorchè in un individuo affetto da malattia di cuore si comincia a constatare un leggier aumento del volume del fegato, dolor locale, leggier colorazione itterica, si combatta l'incipiente congestione epatica, si regoli la circolazione generale colla digitale, si usi un rivulsivo energico sulle intestina.

Così passiamo alla *malattia d'Addison.* A testimo-

niare, dice Trousseau, la riconoscenza, che l'arte e la scienza debbono agli uomini eminenti ed anche allo scopo di non creare denominazioni nuove, i medici hanno imposto a certe malattie i nomi degli uomini che le hanno scoperte, o che le hanno per i primi descritte. Così si chiamò *male di Pott* l'affezione caratterizzata dalla carie delle vertebre, *malattia di Bright* l'alterazione speciale dei reni, e così via. Così si avrebbe dovuto chiamare, dice Trousseau, *malattia di Corrigan* l'insufficienza delle valvole sigmoidali dell'aorta, e sarebbe giustizia dare il nome di *Bouillaud* all'endocardite, affezione quasi sconosciuta prima dei suoi lavori. È per obbedire a questo sentimento d'equità che Trousseau chiama anche lui col nome del dott. Addison, del collaboratore di Bright, quella singolare cachessia, specialmente caratterizzata da un coloramento particolare, dalla *tinta bronzina* che prendono gli integumenti, e che le valse il nome di *bronze disease.*

Fu nel 1855 che Addison pubblicò la sua Monografia, in cui dava la storia di 11 fatti, più o meno netti e sicuri, ma che gli permettevano di conchiudere che quella malattia si collegava all'esistenza d'una lesione delle capsule soprarenali, senza pretendere però che questa lesione fosse la causa della malattia, come l'alterazione delle ghiandole del Peyer non è la causa del tifo, le pustole del vajuolo non sono quella del vajuolo, l'ingorgo della milza quella della febbre intermittente palustre.

Trousseau riproduce quindi la nota descrizione del medico inglese, confrontandola su d'un caso che avea nelle sue Sale, e la trova esatta. Alla autopsia che in seguito si fece, nessuna lesione si trovò, meno che nelle capsule soprarenali, dove vi erano numerose masse tubercolari, la capsula a sinistra era considerevolmente aumentata di volume e quasi intieramente trasformata in questa pro-

duzione eteromorfa. Come i sintomi offerti in vita erano quelli descritti da Addison, eguali apparvero le alterazioni in morte.

Ancora un'altra malattia, se non nuova, certo da poco illustrata, la *leucocitemia!* È al microscopio, ed alla fortunata applicazione che ne hanno fatto Virchow e Bennet, che dobbiamo di poter oggi distinguere la ipertrofia della milza caratteristica di questa malattia, dalla ipertrofia sintomatica d'un'infezione, di una diatesi palustre. L'esame del sangue in questi casi ci mostra la sua alterazione, la leucocitemia.

Allorchè si sottopone al microscopio del sangue normale, è noto che indipendentemente dai globuli rossi vi si vedono altri bianchi, di un diametro più considerevole ed in una quantità molto minore dei primi. In certe condizioni fisiologiche, durante la digestione, nella gravidanza, nel periodo catameniale, in certi stati patologici, come nelle malattie infiammatorie o tifoidi, nella febbre puerperale, nel cancro, nella tisi, quando queste affezioni sono assai avanzate, il numero dei globuli bianchi è aumentato, ma un tale aumento non costituisce ancora la leucocitemia; occorre che la proporzione sia più considerevole; proporzioni che gli osservatori fissarono come 1 a 20, mentre nel sangue normale, secondo Moleschott, è da 1 a 346. Secondo Virchow occorre poi di più, che vi abbia, cioè, simultaneamente diminuzione dei globuli rossi, sostituzione di quelli a questi, per cui ne venga un coloramento bianco del sangue, un vero albinismo.

Per far la diagnosi dunque di questa affezione conviene, mediante un ago, pungere un dito del malato e il sangue che sorte esaminare al microscopio. Ammettendo che la malattia esordisca con una lesione speciale della milza e di altre ghiandole vascolari, lesione che si rivela colla ipertrofia, Bennet e Virchow emisero due teorie diverse a spiegare l'alterazione del sangue. Secondo Vir-

chow la milza e i gangli linfatici sono incaricati di distruggere in certo qual modo i globuli rossi; ora quanto più questi organi sono ipertrofici, più grande sarà la loro attività e quindi maggiore il numero dei bianchi e minore quello dei rossi. Bennet invece ammette che il fegato e i gangli linfatici sieno incaricati di formare i globuli bianchi del sangue, i quali vanno colorandosi nella circolazione, ma non ammette la distruzione dei rossi. L'esagerazione dell' attività funzionale della milza produce globuli bianchi in tanta quantità che la loro trasformazione in rossi non è più possibile per tutti. Non vi sarebbe dunque sostituzione degli incolori ai colorati, ma solamente maggior proporzione dei primi.

Le prime osservazioni di questa malattia sono venute quasi simultaneamente dalla Germania e dall'Inghilterra, nel 1845, a qualche giorno di differenza da Virchow e da Bennet d'Edimburgo (1). Dopo di loro in Francia furono pubblicate osservazioni da Leudet nel 1852, da Charcot nel 1853. Trentadue casi poi raccoglieva nella sua Monografia Vidal. Il gonfiamento della milza è il principale sintomo su cui chiamano l' attenzione i malati. L'organo raggiunge vaste proporzioni. Segni generali quelli di una cachessìa: affievolimento talora assai rapido delle forze, dimagramento, scoloramento degli integumenti; i segni dell'anemia, come palpitazioni, sussurri nelle orecchie, oscuramento della vista. Il carattere del malato si modifica, e negli ultimi giorni con un delirio tranquillo muore. Le preparazioni marziali e di chinina i soli medicamenti che giovino.

---

(1) È l' illustre clinico, che per il primo alzò la voce contro l' enorme abuso che si faceva ancora in Inghilterra del salasso, e primo dimostrò come nella sua clinica le polmonie guarissero senza salassi. Sono due studj che raccomandano il nome di Bennet ai posteri. *P. S.*

L' *adenia* è una affezione caratterizzata dall' ipertrofia progressiva dei gangli linfatici superficiali e profondi. Lo stato cachettico, anemico, che accompagna ogni ostruzione di visceri, avea condotto a pensare che la costituzione del sangue fosse profondamente modificata, e con Bennet e Virchow si credè che la leucemia fosse conseguenza dell' ipertrofia della milza, del fegato, o dei gangli linfatici, e si ammise che esistesse una leucocitemia splenica ed una linfatica. Numerosi fatti però, dice Trousseau, hanno stabilito che l' ingorgo epatico, splenico e ganglionare poteva esistere senza modificare il numero dei globuli bianchi e dei globulini. Di più Robin dimostrò che questi possono anzi essere in eccesso nel sangue, senza ipertrofia viscerale o ganglionare, che infine questa ipergenesi di leucociti può incontrarsi in stati morbosi indipendenti da ogni ingorgo.

L' *ipertrofia generalizzata dei gangli liafatici* è una strana affezione, nella quale il Trousseau vede un genio specifico, e a cui volle quindi imporre questo nome speciale di *adenia*, *onde*, dice egli, *resti ben stabilito che vi ha una specie morbosa nuova nella grande famiglia delle malattie ganglionari.* La descrizione della malattia fu dapprima fatta da Bonfils (1856) e da Cossy (1861). Trousseau dice di non aver altro merito che di aver riunito molti fatti, di averli collocati in una descrizione comune, di averli abbracciati con una denominazione speciale e d' aver tentato di volgarizzarne la conoscenza. Del resto anche Nélaton, Laugier, Leudet ed altri hanno sostenuto essere l' adenia un' affezione tutta speciale.

In tutti i casi finora conosciuti non si osservò mai aumento di leucociti nè di globulini. Ciò che distingue dunque l' adenia dalle altre affezioni ganglionari, è da una parte l' ipertrofia considerevole e generalizzata delle ghiandole linfatiche e dall' altra l' assenza d' alterazioni

apprezzabili nel sangue, oltre l' anemia che non è manifesta che nel 2.° periodo della malattia.

Il malato comincia a notare lo sviluppo di un gran numero di tumori alla superficie del corpo, e talora a lagnarsi di un pò di dispnea. Del resto la sua salute non è alterata. L' ipertrofia ganglionare comincia d' ordinario alla regione sottomascellare, poi si estende alle parti laterali del collo, nel cavo ascellare, ed alle anche. I gangli sotto-mascellari e cervicali non tardano a dare un singolare aspetto all'infermo, la testa sembra relativamente piccola e riposa su d' una massa ganglionare. Questa acquista presto grande proporzioni, principalmente agli inguini. La palpazione e l'esplorazione per la vagina e il retto dimostra l'esistenza di simili tumori nel basso ventre. In molti casi si riscontrò l' ascite, tre volte su 11 ipertrofia di fegato e di milza.

L' esame necroscopico dimostra che i tumori hanno infatti per sede i gangli linfatici, che i tessuti ambienti non presentano alcuna traccia di lavoro infiammatorio, e che si può isolare ciascun dei gangli costituenti la massa. I tumori di forma mamellonare, di consistenza elastica, acquistano talora un peso enorme. Nel caso di Bonfils uno dei tumori dell' inguine pesava 2250 grammi! Gli altri erano da 1000 a 500. Il volume di quelli al collo varia d' ordinario da quello di un pisello a quello di un uovo di gallina. Quanto alla loro struttura, tutti gli osservatori sono d' accordo nello stabilire che stroma e inviluppo non hanno subìto alcuna modificazione, vi ha solo una moltiplicazione, una ipergenesi delle cellule e dei nucleoli ganglionari.

Trousseau coll' ajuto di numerosi fatti traccia quindi una estesa descrizione della nuova malattia, dividendone il decorso in 3 periodi: uno latente, il secondo progressivo di generalizzazione, il terzo cachettico. Nel primo non vi hanno alterazioni generali, nel secondo e terzo anemia senza leucemia, edema degli arti, ascite, tosse e

dispnea, accessi di soffocazione per compressione dei bronchi.

La durata di questa malattia varia dai 18 mesi ai 2 anni. Il suo esito è quasi sempre mortale o per accessi di soffocazione o per lo stato cachettico. Quanto alla cura, Trousseau fa rilevare che in 3 casi sembrò il decorso della malattia arrestato dalle acque minerali di Kreuznach, di Lavey e dai bagni di sublimato.

I quattro capitoli che seguono riguardano la specialità ginecologica e non offrono particolari novità per la nostra rivista. Diremo invece qualche parola sugli ultimi che si riferiscono ad una *nuova specie di anasarca* ed ai *reni mobili.*

Quanto alla prima, Trousseau intende richiamare l'attenzione dei fisiologhi e patologhi su d' una nuova specie di idropisia generale, cioè quella che accompagna la ritenzione d' orina. Fu il dott. Bourgeois che nel 1855 raccontò per la prima volta a Trousseau il fatto curioso recente di una forma singolare di anassarca, e un altro già da tempo da lui osservato. Trousseau lo invitò a inviare le due osservazioni alla Accademia di medicina ove, dice Trousseau, *come tante buone cose rimasero seppellite nelle catacombe di Memorie che aspettano eternamente i loro rapporti.* Dopo d' allora di tali casi n'osservò parecchi.

Egli comincia .dunque col riprodurre i due casi del dott. Bourgeois e poi alcuni di quelli da lui osservati. In tutti il fenomeno si presenta così. È un individuo anassarcatico con dispnea. Racconta che la gonfiezza cominciò da varie settimane senza alcuna alterazione apprezzabile nella salute, meno i vivi dolori di ventre. L'anassarca cominciò dalle gambe e in pochi giorni si estese a tutto il corpo. Il medico constata un tumore nel ventre e ad esso riferisce il male. L' orina non contiene nè albumina, nè glucoso. L' ascoltazione del cuore e dei pol-

moni non fa percepire nulla d' abnorme. Nel ventre tumore elastico, perfettamente arrotondato, enorme, che dal bacino rimonta al disopra dell' ombilico. Trousseau introduce la siringa, estrae grande quantità d' orina, il tumore scompare e con esso sempre in quei casi l'anassarca. Tutti già da qualche tempo soffrivano di difficoltà nell' orinare.

Non è facile, dice Trousseau, rendersi conto del meccanismo secondo cui avviene questa specie d'anasarca, vorrebbe però spiegarselo così. L'orina che resta accumulata in vescica rifluisce per gli ureteri nei reni, li distende e ne inceppa le funzioni. Il sangue allora non può sbarazzarsi dell' acqua, essa scola in grande abbondanza alla superficie dei reni, e da ciò l' idropisia generale. Confessa però che questa spiegazione meccanica non lo soddisfa, anzi gli ripugna, ma per ora non se ne potrebbe dare altra.

Quando si pensa âlla debolezza dei mezzi che servono a tener fissi al loro posto i reni, si dovrebbe piuttosto meravigliare di vederveli sempre e non di trovarli in altre località. Essi sono appesi al sistema vascolare dall' arteria e dalla vena renale, dunque da deboli mezzi di contenzione. Non vi ha che il peritoneo che trattiene il rene contro il quadrato dei lombi e il psoas, ma anch' esso è un mediocre agente di fissità. Con tali predisposizioni anatomiche l'aumento del volume del rene, accompagnato necessariamente da aumento di peso, produce un abbassamento e la *mobilità del rene.*

I reni mobili sono più frequenti di quello che si crede, ma siccome non diventano dolorosi, come lo provò Walther a Dresda, se non in occasione di una pressione energica ed insolita, d' una percossa, d' una fatica prolungata, così è solo allora che il medico li può osservare, e sono spesso campo di diagnosi erronee, venendo presi per tumori.

Rayer ha trovato che l' ectopia renale è più frequente

nelle donne che negli uomini. Fritz su 35 che ne raccolse trovò che 30 erano in donne. Cruveilhier crede che ciò dipenda dall'uso del busto. — Dei due reni, quello che è mobile più frequentemente è il destro.

La cura non può essere che palliativa: sostenere il rene e difenderlo. Per questo si consiglia una larga cintura di caoutchouc tessuto.

Chiude il terzo volume il prof. Trousseau con un capitolo sulla percussione. Dato un colpo di vista storico all' influenza esercitata sempre dalla filosofia dell'epoca sul movimento scientifico contemporaneo, parla di Laennec e della *considerevole scoperta* da lui fatta dell' ascoltazione; di Corvisart che appassionato per la scienza che Morgagni illustrò, inaugurava l' anatomia patologica in Francia; e vede fra loro un incatenamento di fatti e di idee.

Avembrugger è il precursore di Corvisart, come questi fu il precursore di Laennec; ed attorno a quest' ultimo aggruppa Bayle e Dupuytren. La scoperta di Avembrugger, di questo laborioso medico viennese, che fu il punto di partenza di tutti i moderni lavori di precisione, passò ai suoi tempi inavvertita, per quanto l'Autore timidamente l' avesse posta sotto il patrocinio dell'*illustrissimo barone Van Swieten*. Corvisart solo la comprese, per 20 anni la sperimentò nella sua Clinica alla *Charité*, dove fra i suoi allievi trovò un giovane medico, *dalla natura grave e meditabonda, pieno di scienza antica ma col soffio dallo spirito moderno,* che visto il maestro applicare l' orecchio sul petto, fu colpito dall' idea e trovò l' ascoltazione!

L' investigazione fisica del petto instaurata con tanto splendore da Laennec diede l' idea d' esaminare se non tutti gli organi almeno i prodotti di secrezione, quindi si sottomise ai reattivi i varj liquidi del corpo, si scoprì la albuminuria, si studiò meglio la glucosuria; all' anemia

degli antichi si aggiunse l' uremia, la leucocitemia; si perfezionò e generalizzò l' esame collo speculum; si scoprì l'ottalmoscopo e il laringoscopio. Questi trovati della semeiotica sono dovuti allo spirito di investigazione sviluppato nella generazione contemporanea dalle scoperte successive di Avembrugger e Laennec.

A Trousseau fa dolore però il vedere che con tanti progressi fatti dalla scienza, l' arte del guarire sia restata stazionaria, che si è portato il diagnostico a un grado di precisione meraviglioso, ma che la terapeutica razionale vi ha poco guadagnato. Lo scetticismo andò in voga.

Agguerritevi, o giovani, contro simili tendenze, chiude Trousseau. *Ricchi di ciò che vi hanno lasciato i medici della generazione che passa, è a voi che appartiene di legare la scienza moderna al sapere antico, e di rialzare la bandiera delle vecchie tradizioni mediche oggi disdegnate. A voi questo cómpito — è grande, è bello. Voi lo eseguirete!* E con queste generose parole, a cui noi pure facciamo eco, terminiamo la nostra rivista.

Rivista Chirurgica.

1.° *Delle fratture del femore per arma da fuoco, studiate sotto il punto di vista della chirurgia militare.* Memoria del dott. *Gritti Rocco,* chirurgo primario presso lo Spedale Maggiore di Milano. Milano, coi tipi del Pio Istituto di Patronato, 1866, di pag. 150. — Prezzo L. 2. 50.

2.° *Vade mecum per le ferite da arma a fuoco*, compilato per cura del cav. *Ambragio Gherini*, chirurgo primario nello Spedale Maggiore di Milano. Milano, dott. Francesco Vallardi tipografo editore, giugno 1866, di pag. 136 con tav. — Prezzo L. 1. 50.

Chiediamo perdono ai lettori degli Annali, se analizziamo un

pò tardi questi lavori dei distinti chirurghi milanesi, Gritti e Gherini, pubblicati a guerra imminente, e appunto perchè servissero di guida nella chirurgia militare. Ma gli uomini dell'arte li avranno già studiati ed apprezzati, al semplice loro annunzio, e noi saremo certamente scusati se, presso il teatro della guerra e impegnati in servizio attivo, abbiamo indugiato a riprendere la nostra Rivista, a tempi migliori e più calmi.

Fra le gravi lesioni prodotte da projettile lanciato da arma da fuoco v'ha certamente annoverata la frattura del femore. La maggior parte delle volte che si presenta, il chirurgo trovasi sotto il peso di grande responsabilità, giacchè, se è primo scopo delle sue cure di salvare la vita del paziente, vorrebbe anche conservarne il membro offeso; ma ciò sempre non si può conseguire; che anzi talvolta l'arto stesso che volevasi conservare è causa di perdere il malato. Come deve comportarsi il chirurgo? conservare o demolire? Quali norme direttive deve seguire nei singoli casi onde raggiungere colla maggior probabilità il miglior risultato? Ecco quanto si vuol conoscere, e il dottor Gritti appunto ce lo fa apprendere in questo suo scritto.

L'opera è divisa in due parti; nella prima si discorre delle fratture del femore in generale per arma a fuoco, nella seconda delle fratture della coscia in particolare pure per arma da fuoco.

Or della 1.ª — Nelle fratture del femore l'A. comprende anche quelle delle due articolazioni coxofemorale e del ginocchio. — Nota che lo studio di questa lesione non si cominciò a fare che nelle guerre del primo Impero; successivamente formò il soggetto di ricerche de'chirurghi militari in tutte le guerre, e de' chirurghi civili ne'combattimenti rivoluzionarii. Come è facile a prevedersi, nella parte curativa tutti non convennero in un proposito; che anzi si possono dividere in tre categorie, l'una per la demolizione dell'arto fratturato; una seconda invece per la conservazione; una terza terrebbe una via di mezzo di demolire, o conservare secondo i casi.

Interessando di stabilire con certa precisione la frequenza di questa lesione colle altre tutte prodotte da arma a fuoco, l'A. consulta le statistiche per rilevare 1.° Il rapporto di fre-

quenza delle ferite delle estremità inferiori ed in particolare della coscia col restante del corpo; 2.° Il rapporto di frequenza della lesione della coscia in genere; 3.° Il rapporto di frequenza della frattura del femore »; e n' ebbe pel 1.° dalla statistica della guerra di Crimea data dallo Scrive (escluse le ferite riportate nei lavori d' assedio): alla testa 1 ferita su 10 — al collo una su 112 — al petto 1 su 20 — al ventre 1 su 40 — alle estremità superiori 1 su 4. $^3/_{10}$ — alle estremità inferiori 1 su 3. $^5/_{10}$. Dalla statistica data dal dottor Guala degli spedali di Brescia dopo la battaglia di S. Martino, si avrebbe alla testa e collo 1 ferito su 11. $^3/_{10}$ — al tronco 1 su 7. $^1/_{10}$ — alle estremità superiori 1 su 3. $^9/_{10}$ — alle estremità inferiori — coscia 1 su 4. $^5/_{10}$ — gamba 1 su 3. $^4/_{10}$. Riportate due altre statistiche, l' una dei feriti ricoverati nel 59 negli Spedali di Milano dopo le battaglie di Magenta, Melegnano, Solferino, l' altra di Demme della guerra d'Italia pure del 59, su 8500 feriti austriaci e francesi, viene alla conclusione. — « Noi possiamo ammettere come assioma: Che le ferite da arma da fuoco riportate in battaglia campale mantengono fra loro generalmente un rapporto costante in riguardo alla sede — 2.° che le più comuni di tutte sono quelle delle estremità inferiori, a cui tengono dietro quelle delle estremità superiori, poi quelle del tronco, e per ultimo quelle della testa e del collo ».

Nell' indagare il rapporto di frequenza delle lesioni della coscia in genere, rintraccia 1.° il rapporto di frequenza delle ferite semplici di questa regione; 2.° quello delle ferite complicate da frattura. Basandosi sempre sulle statistiche e specialmente su quelle della guerra di Crimea, e d' Italia del 59, come pure riguardo al rapporto di frequenza della frattura del femore, viene a questo riassunto generale, che trascriviamo — « Riepilogando i risultati statistici che si riferiscono alla frequenza delle ferite da arma da fuoco, si ponno dedurre alcuni fatti quasi costanti, o che almeno subiscono scarse oscillazioni. Il 1.° di questi, che riguarda il rapporto di frequenza delle ferite della coscia a paragone delle ferite di tutte le altre regioni del corpo..... si è probabilmente di una ferita di coscia ogni 4 ovvero 5 in genere, cioè da 22 a 25 feriti per 100. — Il 2.° fatto che riguarda la frequenza delle fratture di

coscia in rapporto alle altre ferite, sembra non ancora ben definito, stante le contraddizioni delle varie statistiche e dei fatti osservati; tuttavia se debbo credere ai risultati sopra riferiti, una battaglia campale dovrebbe dare circa due fratture di coscia ogni 100 ».

Il chirurgo sa che v'ha diversità di ferita a ferita di arma da fuoco, secondo il projettile e l'arma che lo lanciò. Onde conoscere il modo di loro azione sulle parti colpite, anzi tutto dà nozioni delle armi usate ora in guerra, e dei projettili, distinguendo quelle a canna liscia ed a canna rigata, e questi in rotondi ed oblunghi, ecc., e viene a stabilire che le palle oblunghe e le armi di precisione, usate specialmente nelle ultime guerre, danno maggior numero di ferite e più gravi che le palle rotonde lanciate da canna liscia. I projettili oblunghi ben rare volte deviano dalla linea retta (non infrequente ne'rotondi), per ciò producono un gran numero di fratture, e penetran pur di frequente nelle cavità.

L'A. fa uno studio diligente dell'anatomia patologica delle fratture del femore; e specialmente considera 1.° La sede della frattura, sulla quale così si esprime: « Ogni porzione del femore può andar soggetta a frattura, ma non tutte hanno la stessa importanza e gravità, e perciò le distingue in 4 classi: 1.° Quelle del capo del femore — 2.° quelle della regione trocanterica — 3.° quelle della diafisi — 4.° quelle dei condili compresavi l'articolazione femoro-tibiale ».

2.° Forma delle fratture. — Sebbene alcuni autori ammettano la frattura *indiretta* del femore fatta dal projettile che, colpito l'osso in un punto ed infrantolo, altra frattura per controcolpo produce nell'osso stesso, per cui avremmo due fratture da un sol prejettile, il dott. Gritti accenna ai pochi casi riferiti in alcune opere, ma non si pronuncia nell'ammetterla, o no. A Legouest pare inesplicabile. — Accennate tutte le forme di frattura si arresta

3.° Alle complicazioni. Si può dire che frattura del femore da arma da fuoco senza complicazione non si dà; che se succede la frattura talvolta per urto di palla morta, senza apparente lesione della cute, le parti molli sottostanti sono gravemente contuse, talor si mortificano, v' hanno stravasi sangui-

gni, ecc., complicazioni che alle volte addomandano la demolizione dell'arto. — La frattura d'arma a fuoco presenta i monconi irregolari, v'hanno scheggie, screpolature più o meno lunghe. L' A. descrive le varie forme di scheggie, e non sa dar valore alla distinzione fattane da Dupuytren in primitive, secondarie, terziarie.

Le complicazioni qui accennate sarebbero immediate, che costituiscono la stessa essenza del processo patologico; « ve ne sono però altre accidentali, locali e generali che possono associarvisi, aggravando la natura della lesione, e queste sono o conseguenza diretta dello stesso projettile, ovvero un effetto secondario ed accidentale ». Quindi prima si intrattiene sulle locali singolarmente, che sarebbero: la presenza de' corpi stranieri nella ferita, la lesione dei vasi con emorragia o con aneurisma traumatico, la ferita dei nervi, le grandi lacerazioni dei tessuti molli, e la gangrena delle parti inferiori alla frattura: le complicazioni generali o costituzionali sarebbero, la commozione e lo stupore.

Nel paragrafo in cui discorre dei sintomi e della diagnosi delle fratture del femore, dà esatte norme sui modi e mezzi di rilevare le alterazioni delle parti ferite; l'occhio e la mano valgono per l'esterno, ma pel canale della ferita nulla meglio del dito, che esso dà la precisa nozione del tragitto del canale e di tutti gli oggetti che ne formano la parete. La sonda può pur giovare, quando col dito non si può raggiungere il punto che vuolsi esplorare. In questo luogo descrive la sonda Nélaton usata per la ferita di Garibaldi, eccellente mezzo per scoprire i projettili di piombo. — Non sempre è permesso di esplorare le ferite; specialmente quando sono sul corso di vasi voluminosi, chè col dito o colla sonda potrebbesi far succedere un'emorragia arrestata dal grumo.

Legouest è uno di quelli che vuole esplorare a qualunque costo, e ne'casi gravi e difficili nella guerra di Crimea ricorreva al cloroformio per riescirvi a tutt' agio; noi crediamo che non tutti approveranno un tal procedere, perchè tante volte può riescire pericoloso, ed aggravare lo stato dell'infermo.

Il decorso e l'esito delle fratture in discorso varia secondo

le circostanze che le accompagnano nel maggior numero de'casi di cura conservativa: anche con fortunato risultato, il corso della malattia è lungo; le molte complicazioni che accompagnano di sovente tal lesione, ed accidenti che spesso ne interrompono il corso regolare, la rendono grave, pericolosa, e pur troppo non è raro finisca colla morte.

Dato un caso di conservazione dell'arto, l'Autore divide il decorso, in tre stadii. — 1.° In quello di infiammazione, 2.° di suppurazione, 3.° di riparazione. Di ciascuna ne parla partitamente; ma ove si sofferma più di tutto si è sulla riparazione, e con molta dottrina tratta della formazione del callo osseo, e del consolidamento della frattura, richiamando quanto Duhamel, G. Hunter, Troja, Syme, Flourens, Larghi, Decristoforis, Virchow scrissero in proposito, di più prendendo ad esame pezzi patologici di sua osservazione.

Ma il corso del processo patologico ben rare volte va al suo fine regolarmente, che tante volte viene interrotto e profondamente alterato da gravi accidenti, i quali dipendono da cause interne od esterne; questi sarebbero: la gangrena, la infiammazione, l'emorragia secondaria, la gangrena nosocomiale, il tetano, la febbre piemica, e l'osteomielite. — Non potendo seguire l'A. su ciascun accidente, che troppo ci dilungheremmo, notiamo com'esso conchiuda sulla cura della gangrena nosocomiale. Annoverati tutti i rimedj messi in pratica negli spedali di Milano durante la guerra del 59, soggiunge: « ma più di tutto valsero la buona e diligente medicazione, il non eccessivo accumulamento di ammalati ed una regolata igiene ». Noi siamo pienamente con lui, ed aggiungiamo, aria pura, ospedali ben ventilati.

Discorrendo dell'accidente gravissimo del tetano, su 88 casi raccolti tra i feriti del 1859, ne conta « 13 in feriti delle parti molli del femore, e 9 in feriti con frattura di quest'osso: — in tutto 22, cioè la rilevante proporzione del 25 per 100; quello che più mi sorprende si è che 8 di questi appartengono a frattura del ginocchio od immediatamente in contatto, uno solo a ferita dei tessuti molli della parte superiore della coscia, il quale è l'unico guarito fra i 22 in discorso per cura del dott. Isnard in Brescia ».

Altro funesto accidente per i feriti è la febbre piemica, o piemia, o infezione purulenta, septicemia, icoremia, ecc., contro cui furon proposti molti rimedj, ma pur troppo con poco buon successo di tutti. Il dott. Polli, ammessa la piemia come malattia catalitica o da fermento, suggerì a combatterla i solfiti terrosi ed alcalini. Il giudizio che ne dà il dott. Gritti è espresso così. « Io stesso ebbi molte volte occasione di adoperarli sopra individui in corso di vasta suppurazione, e con lesioni d'osso, o che erano stati sottoposti a grandi operazioni di chirurgia. Potei arrivare fino ai 16 grammi ed anche a 18 al giorno, ma il più delle volte dovetti diminuirli a soli 8, stante l'insorgenza della diarrea. Nei casi miti, ove gli accessi a freddo non erano molto marcati e non vi era complicazione delle ossa, osservai spesso un rapido miglioramento; ma nei gravi vidi bensì un decorso più lento e con sintomi meno allarmanti; ma nullameno vidi sempre la morte dopo un decorso più lento, a cui corrispondevano alterazioni anatomo-patologiche assai meno gravi e meno diffuse che in coloro non assoggettati a cura solfitica ».

Il dott. Gritti entrando a parlare della cura delle fratture del femore per arma da fuoco, constatato quanto sia interessata la responsabilità scientifica e morale del chirurgo che la intraprende, fa conoscere con richiami storici, come in quattro secoli abbiano variato i metodi curativi.

Di grande importanza è la 1.ª medicazione che si fa del fratturato. Oltre di provvedere ai più urgenti bisogni, sì riguardo allo stato generale del paziente, che alla località ferita, conviene il chirurgo decida, se convenga intraprendere una cura conservativa dell'arto, oppure un'amputazione immediata: in questo momento, se il chirurgo non è fornito di tatto pratico, incappa in errori, cui difficilmente in seguito può correggere.

Intraprendendo la cura conservativa, egli è necessario ridurre la ferita e la frattura il più possibile alla migliore condizione, o come suolsi dire, alla maggior semplicità; quindi esplorato il canale, si provveda ad arrestar l'emorragia, se vi ha, estraggansi le schegghie co' debiti modi, si sbrigli meglio, si dilati la ferita per favorire l'estrazione di corpi estranei, o facilitare la legatura di vasi, quindi si applichi un apparecchio con dop-

pio scopo, e di proteggere le carni ferite dagli irritamenti degli agenti esterni, e di mantenere immobili i monconi dell'osso e a mutuo contatto, onde possa formarsi il callo; si provveda in seguito alla medicazione locale, che può essere *umida*, *secca*, o *con unguenti*. Fatto conoscere il modo di agire di ciascheduna, e quale debbasi preferire ne' varii casi, l'A. per la medicazione di sostanze grasse propone, dietro propria esperienza, a tutti i grassi e pomate fin ora usate, di sostituire il glicerolato di amido, secondo la sua formula già nota («Annali Universali» novembre 1861). « La morbidezza, la mancanza di odore, il color bianco, e l'inalterabilità di questo unguento, lo rendono assai utile applicandolo sopra filaccia regolate, o sopra pannolino, ed io ne ho le prove dell' esperienza di oltre due anni ». Avverte però di staccar le filaccia con lentezza, e prima inumidirle, che altrimenti si lacerano le granulazioni ai margini per troppa aderenza.

La cura conservativa aspettativa, cioè che conduca alla guarigione senza bisogna di operazioni, alcune volte non è applicabile: senza demolir l' arto talora è necessario operare, come risecare monconi scheggiati, capi articolari; in tal caso la chirurgia conservatrice si fa attiva, ed ogni volta che si può deesi preporre alla demolitiva.

La cura demolitiva ha le sue indicazioni, ed anche le sue controindicazioni. Enumerate le indicazioni, osserva l' Autore che « talora vi sono circostanze estrinseche alla natura delle fratture, che modificano le indicazioni di un metodo di cura e che dimandano un' operazione di chirurgia demolitiva, piuttosto che un' altra di chirurgia conservativa ». Queste circostanze sarebbero il combattere in paese nemico, quindi non aver spedali appropriati, o dover far trasporti a grandi distanze, il mancar di apparecchi, o del necessario personale per le medicazioni necessarie, ecc. — Le controindicazioni sono assolute e relative, cioè che han durata transitoria; alcune di queste ultime dipendono da circostanze estranee all' individuo, e sono le speciali costituzioni atmosferiche, l' influenza di alcune malattie epidemiche o contagiose p. es., « Baudens si trovò costretto all'assedio di Costantina di far sospendere tutte le grandi operazioni durante un' epoca assai piovosa, perchè i suoi operati ve-

nivano presi da tetano, e lo stesso Autore fu pure costretto in Crimea a proscrivere le amputazioni per cangrena da congelamento e gangrena nosocomiale ».

La demolizione di un arto (amputazione, disarticolazione) non sempre si può fare nel tratto di tempo che precede l' infiammazione traumatica (24-36 ore); vi son circostanze per cui è mestieri intraprenderla più tardi e a distanze diverse; da ciò ne venne una classificazione dell' amputazione basata sui varj periodi di operabilità. Varie ne furon proposte, e fino ad ora una di comune soddisfazione non si è ancora stabilita. Faure e Boucher classificaron le amputazioni in primitive e secondarie. L'Autore accetta « senza discussione e senza critica la seguente, che distingue le amputazioni in primitive, intermediarie, secondarie, postume o tardive ».

« Il valore pratico e la probabilità di riescita delle amputazioni nei varj stadj di lor decorso non può essere stabilito *a priori*, perchè non offrono dati positivi che abilitino il chirurgo a giudicare se una frattura da arma da fuoco guarirà con maggior probabilità abbandonandola a sè stessa, od amputando l' arto subito dopo che venne inflitta la lesione, o dopo trascorso il periodo di reazione. La statistica però è quella che ci viene in soccorso ». E l'Autore ne approfitta e ci mette sott' occhio quadri di comparazione. Uno indica la mortalità delle amputazioni praticate per ferite da arma a fuoco *immediate e secondarie* con dati tolti da 9 autori. Un secondo indicante la mortalità delle amputazioni praticate negli ospedali civili di Parigi; ed un terzo indicante la mortalità delle amputazioni di coscia per ferite da arma da fuoco. Aggiunge ancora un quadro indicante i risultati delle amputazioni tardive di coscia per frattura da arma a fuoco; il quale si riduce a soli 5 casi, con una guarigione su 4 morti. — Il dott. Gritti non pretende che un numero sì piccolo di casi costituisca la base di una statistica, valgono però ad indicare quanto grave sia l' amputazione in un periodo lontano dal ferimento.

Da un certo numero di autori essendo ammessi quattro stadj di operabilità ne' casi di fratture, secondo lui dovrebbe aggiungersi un quinto, che sarebbe dei postumi, per cui avremmo i periodi seguenti:

1.° di trauma	amputazione	immediata	48 ore
2.° di reazione	»	intermediaria	2 giorni a 15
3.° di riparazione	»	secondaria	15 giorni a 150
4.° di osteomielite	»	per osteomielite	150 giorni ad un anno
5.° dei postumi	»	postuma	dopo 1 o più anni.

Qualunque sia la cura che intraprendesi di una frattura, è indispensabile badare alla dieta ed all'igiene. Il soldato che cade ferito differisce dal malato comune: ha altra costituzione, altre abitudini; parimenti differenza v' ha di bisogni fra soldati secondo la loro nazionalità, e il clima. Il soldato abbisogna di abbondante carne, e tra i feriti più di tutti que' di coscia: ne abbisognano più degli italiani i tedeschi, gli inglesi, i francesi: e fra gli italiani quei delle provincie nordiche, più di quelli delle meridionali. L'astinenza così comune ne' nostri spedali « favorisce l'assorbimento dei varj umori del corpo, nel qual caso è presumibile che non venga espulso quello della superficie suppurante, predisponendo in tal caso, o provocando l'icoremia ».

Il riposo è indispensabile, e per le fratture anzi l'immobilità dell'arto. L'animo pure dee essere tranquillo: i feriti degli eserciti perdenti in guerra dan più morti nello stesso spedale che que' dell'esercito vittorioso. Dannoso è sotto ogni rapporto il far emigrare malati da uno spedale ad altro, specialmente i fratturati, come il cambiare ad ogni momento di chirurgo.

Noi aggiungeremo in fine, anzi ripeteremo, essere necessario, indispensabile, tenere gli ammali in ambiente in cui abbiavi aria pura, e si rinnovi ad ogni momento.

La 2.ª parte della Memoria del dott. Gritti, come dissimo, è destinata alla frattura della coscia in particolare per arma a fuoco. Noi conosciamo già come le classificò, cioè in frattura della testa del femore, della regione trocanterica, della diafisi, dei condili. « Ho adottata questa classificazione, che differisce in parte dalle altre in uso, perchè si basa sulla struttura anatomica dell'osso, che è l'elemento principale del nostro studio, senza riguardo ai rapporti esterni, e la preferisco perchè a cia-

scuna di queste spetta generalmente una speciale indicazione di cura ».

Se la prima parte di quest'opera è commendevole sotto molti rapporti, e se ne sarà persuaso chi legge dai pochi cenni che abbiam dati, l'altra non lo è meno: potessimo dilungarci abbastanza per farne conoscere ai lettori degli Annali tutti i pregi!

Trattando singolarmente delle 4 sedi delle fratture del femore di sopra fatte conoscere, l'Autore comincia a dare la descrizione anatomica della parte in cui avvennero, indi passa alla diagnosi, in terzo luogo al pronostico, decorso ed esito: in quarto luogo alla cura delle fratture. — Seguendo un tal metodo, comincia colle fratture della testa del femore.

Questa grave lesione il più delle volte difficilmente si può diagnosticare, e per la profondità della testa, e per la poca decomposizione de' frammenti, specialmente da principio, e per la difficoltà di esplorazione pel gran dolore che ne soffre il paziente. Riferisce da Legouest, come uno zuavo ferito alla battaglia d'Alma all'inguine, marciò per 10 giorni, poi cadde ammalato e morì. All'autopsia si trovò la frattura completa di tutta la parte superiore della cavità cotiloidea. In questi casi l'anestesia è raccomandata per l'esplorazione, e l'estrazione de' projettili.

« Una frattura del femore alla regione del cotile può essere sottoposta a 3 metodi di cura, cioè si può: 1.° abbandonarla alle risorse della natura; 2.° fare la disarticolazione; 3.° la resezione del capo articolare ».

Dalla pratica altrui e dalla propria riguardo alla cura conservativa della frattura del capo del femore e del suo collo per arma a fuoco, l'Autore viene a conchiudere « che essa offre una mortalità sempre grave, e le ottenute guarigioni si ponno riferire ai casi semplici, senza penetrazione di projettile, con poche scheggie, come avviene talvolta quando è prodotta da palla rotonda di fucile a canna liscia ». Per cui devesi tentare la conservazione solo in quei casi che non richiedono operazione di urgenza, e che i pazienti possan resistere a lungo processo esauriente di suppurazione inevitabile.

Dato un cenno storico della disarticolazione della coscia e riportati tre quadri statistici di operazione *immediata, mediata,*

ulteriore o postuma, l'Autore osserva che la *immediata* ha dato finora un sol caso di guarigione sopra 34 operati; la *mediata* 3 sopra 15, la *ulteriore* 5 sopra 7. Da tali risultati egli prosegue:

« Un nuovo assioma per la chirurgia militare è questo dunque di procrastinare nelle fratture della testa e collo del femore fin al di là del 2.° periodo, e praticare la disarticolazione solo al 3.°, cioè alla distanza di molti mesi: bisogna insomma ridurla ad una di quelle operazioni che Malgaigne denomina *patologiche* ». — Dopo ciò, descrive l'atto operativo. Coloro che non resistono alle conseguenze di questa operazione, muojono nelle prime 48 ore, pel traumatismo dell'operazione, o per emorragia, ovvero più tardi, cioè tra l' 8.° e il 20.° per piemia.

Così pure per la resezione della testa del femore fa precedere un cenno storico, poi viene alla statistica, dalla quale « si rileva quanto grave sia riuscita praticamente quest'operazione, avendo essa dato fin d' ora un solo caso di guarigione. Tuttavia è opinione, od almeno è una pia credenza, che tale resezione sarà coronata da più utili risultati, e sostituirà la sanguinosa disarticolazione del cotile ». Dà quindi l' atto operativo; e termina il capitolo prendendo in esame il valore relativo della cura conservativa, della disarticolazione della coscia, e della resezione della testa in caso di frattura della stessa: noi non potendo seguirlo daremo la conclusione. « Se fossi chiamato a dare un giudizio relativo sulla maggiore probabilità di riescita dei 4 metodi sopraindicati, dovrei mettere in prima linea la disarticolazione postuma del cotile, a cui farei tener dietro la cura conservativa, poi la disarticolazione immediata, e per ultimo la resezione della testa del femore ».

La frattura del femore alla regione trocanterica si diagnostica più facilmente di quella al capo. Il suo decorso ed esito variano secondo varie circostanze. Le indicazioni curative sono: 1.° la conservazione, 2.° la disarticolazione del cotile, 3.° l' amputazione trocanterica, o sopra-trocanterica.

La cura conservativa dà guarigioni ne' casi semplici. L' amputazione trocanterica e sopra-trocanterica è operazione grave: da una statistica di Chenu della guerra di Crimea si avrebbe avuto la mortalità del 55 per cento. A proposito di che l' Au-

tore osserva: « Questo invero non sarebbe un grave risultato a paragone della disarticolazione, e della resezione immediata, se questo si potesse ritenere per un fatto certo; ma pur troppo la guerra d'Oriente offrì tante eccentricità in riguardo ai risultati delle amputazioni, che non vi si può prestare gran confidenza ».

La frattura della diafisi del femore è quella che si riscontra più di frequente delle altre. Dalla statistica di Chenu si ha che nell' esercito francese durante la guerra di Crimea vi furono 3517 ferite di coscia alla diafisi, 646 al ginocchio, 35 al cotile — in tutto 4298 ferite, sopra le quali furon fatte 1081 amputazioni.

L'Autore divise le fratture della diafisi in quelle al 3.° superiore, in quelle al 3.° medio, in quelle al 3.° inferiore; divisione che ha importanza pratica, non già per l' osso fratturato, ma per la massa muscolare che cresce mano mano dal basso all' alto. La diagnosi di questa frattura è facile; non è così se vogliasi riconoscere il numero, la lunghezza, le aderenze, ecc. delle scheggie, la lunghezza e direzione delle fenditure. — Il decorso e l' esito posson variare secondo le circostanze, che son molte, che rendon la frattura più o meno complicata: lo stesso è a dirsi pel pronostico. — Si cura questa frattura, o conservando l' arto, od amputandolo.

Cura conservativa. — Essa può essere semplicemente aspettativa o di osservazione, o attiva, cioè che alla conservazione dell' arto fa precedere la risecazione dei monconi del femore acuti o sporgenti, sia si faccia con metodo sotto-periostio, sia col comune. — I chirurghi furono per lo passato più che ora divisi in due campi, chi voleva la conservazione dell' arto, chi l' amputazione: uomini autorevoli da una parte e dall' altra. Le statistiche degli uni e degli altri sole possono decidere qual sarà la via retta da seguirsi, e così è che fa il nostro Autore. Da un quadro indicante i risultati dei tentativi di cura conservativa della coscia fratturata nella diafisi si ha, che gli autori stranieri ebbero una guarigione ogni $^2/_{10}$, e gli autori italiani 1 ogni $^1/_{57}$. — Da un secondo quadro indicante pure i tentativi di cura conservativa fatti negli spedali di Milano dopo la guerra del 1859, su 18 individui si ebbero 11 guari-

gioni. In proposito l'Autore soggiunge « se mi è lecito dal poco far ascendere il mio giudizio al molto, avressimo il risultato di 61,11 guarigioni per 100. È in vero una brillante statistica, che si avvicina ed anzi supera quella già riferita dagli altri chirurghi italiani; ma questa mia non ha un valore positivo, nè debbo ammetterla per assoluta, non avendo io certamente potuto numerare tutti quei casi, in cui fu esperita la cura, e che non caddero nella sfera delle mie osservazioni ». Ma la statistica non si è fermata alle fratture in genere della diafisi, ha pur calcolato i tentativi di guarigioni nelle 3 sue parti in cui l'abbiam divisa; così mentre per le prime la cura conservativa darebbe da parte de' chirurghi stranieri il 35,98 per cento di guarigione, da parte degli italiani il 57,60 per cento; da parte delle osservazioni del nostro Autore il 61,11 per cento; per le fratture delle tre parti invece avremmo da una statistica di Demme

la guarigione di 41,86 per cento al 3.° superiore
» di 39,13 » al medio
» di 56,58 » al 3.° inferiore

e dalla statistica di Chenu della guerra di Crimea risulterebbero guariti al 3.° superiore 31,05 per 100
medio 31,75 »
inferiore 42 »

Fatti conoscere colle statistiche alla mano i gradi di probabilità di guarigione dati dalla cura conservativa, l'Autore viene a trattare come questa debbasi condurre. E qui parla della resezione sotto-periostea, la quale trova la sua applicazione nel regolarizzare i monconi ossei, e dà le norme come debbasi eseguire, facendo voti che se ne faccia applicazione ogni volta che è possibile, potendosi per essa aumentare i casi fortunati di conservazione dell' arto. — Prosegue poi a dire della posizione che convien dare all'arto, e quale apparecchio debbasi applicare.

Amputazione. — Per l' amputazione della coscia vi hanno indicazioni *assolute* e *relative*: « tanto nell' un caso quanto nell' altro bisogna che le indicazioni abbiano per obbiettivo la conservazione della vita del paziente, minacciata da pericolo più o meno imminente, essendo l' amputazione per sè stessa

una gravissima operazione, che alle parti alte della coscia è assai di frequente mortale; insomma dee esser vigente il tremendo dilemma, amputare o morire ». Le assolute le divide in immediate prodotte da sola azione traumatica, ed in non immediate, cioè fra la comparsa di reazione, ed il periodo di riparazione, gangrena, emorragia infrenabile, osteomielite, profusa suppurazione. Annovera quindi le relative, sulle quali richiamiamo quanto ora notammo parlando dell' amputazione in generale.

I risultati dell'amputazione della coscia non sono gli stessi nelle tre parti, in cui abbiam diviso la sua lunghezza; e l'Autore lo prova riportando alcune statistiche della Campagna di Crimea, e della Campagna d'Italia del 1859; le quali considerate nella parte più positiva fan conoscere, che l' amputazione al 3.° superiore è la più grave di tutte; della quale dà una mortalità minore l' amputazione al 3.° medio; giacchè la prima darebbe la mortalità oscillante fra il 75 e l'87 per 100, la seconda del 53 al 72: l'amputazione al 3.° inferiore invece dal 61 al 62 per 100.

Descritto l'atto operativo dell'amputazione, l'Autore si ferma sul valore relativo della cura conservativa e dell'amputazione, ed anche qui approfitta delle statistiche, e viene a conchiusioni.

La frattura del femore ai condili può essere extra-articolare ed intra-articolare, diretta, o trasmessa.

Essa è lesione gravissima quando comminutiva, ed è aperta la capsula articolare. Anche per questa l' Autore tratta in paragrafi separati: 1.° della cura conservativa; 2.° della resezione de' capi articolari; 3.° della disarticolazione; 4.° dell'amputazione della coscia. Noi ci fermeremo un pò su quello dell' amputazione. I lettori degli Annali conoscono una Memoria del dott. Gritti pubblicata nel fascicolo di luglio 1857 « Dell' amputazione del femore al 3.° inferiore, e della disarticolazione del ginocchio con l'indicazione di un nuovo metodo denominato amputazione del femore ai condili con lembo patellare »; quello scritto, se non fu preso nella debita considerazione dai chirurghi italiani (perchè forse non venuto da oltre alpi) lo fu dagli stranieri: « Questo metodo operativo, dice l' Autore e lo deve

dire con compiacenza, che dall'epoca di sua pubblicazione fino al principio del 1864 ha fatto silenzioso il giro di molti giornali d'Europa, ottenne ora la sanzione pratica, e l'appoggio di un eminente chirurgo, del mio maestro il prof. Schuh di Vienna, e di molti altri che sono Sawostitski di Mosca, Fuxs di Lubiana, Middeldorf, Lücke, Wahl, ecc. ». Col lembo patellare si adatta all'estremità risecata del femore un lembo inamovibile, le cui parti molli sono di già abituate alla compressione, e la rotella che sostiene il corpo quando l'individuo sta ginocchioni: con tale estremità del moncone, ciascun vede come meglio possa il paziente servirsi di un arto artificiale, di quello sia se fosse stata amputata o disarticolata la parte con solo lembo di parti molli.

Fino ad ora si conoscono varie operazioni fatte col metodo del dott. Gritti sul vivo. Il dott. Wahl le fa ascendere a 22, delle quali molte praticate sul campo nella guerra ultima dello Schleswig-Holstein. Noi ci fermiam qui, che ben di più dovremmo dire su questa maniera di amputare; perchè confidiamo che l'Autore vorrà regalare i lettori degli Annali di una 2.ª Memoria sullo stesso argomento, facendo conoscere i risultati pratici ch'esso ed altri chirurghi ebbero.

L'ultima guerra combattuta fra noi darà, confidiamo, il suo contingente; che se non vi avesse, troppa onta cadrebbe sulla chirurgia italiana, che già non seppe apprezzare a tempo una proposta di un giovane suo campione. Bello sarebbe il vedere, come fece in più luoghi della Memoria che abbiano fra mano, una statistica di questa operazione con doppio quadro: in uno figurassero le amputazioni con lembo patellare fatte dagli stranieri, nell'altro quelle praticate dai chirurghi italiani. Noi fin d'ora promettiamo al ch. Autore di fornirgli un caso fortunato dato dalla nostra pratica, nella quale solo in quest'anno ci si presentò il paziente in cui era indicata quest'operazione.

Pone fine l'Autore a questo suo scritto con un giudizio sul valore relativo della cura conservativa, della resezione del ginocchio, della disarticolazione, dell'amputazione al terzo inferiore della coscia, e dell'amputazione ai condili con lembo patellare in caso di ferita con frattura del ginocchio da arma a fuoco. — La cura conservativa è insufficiente a guarire ferite

con frattura del ginocchio, e quasi sempre anche i casi di semplice apertura dell'articolo. — La resezione del ginocchio « al pari della resezione della testa del femore, per ora è un semplice desiderio non soddisfatto dei chirurghi conservatori ». — « Riguardo alla disarticolazione del ginocchio, si possedon idee non ancora ben determinate, stante la grande diversità fra le cifre statistiche delle guarigioni citate da Baudens, Velpeau a confronto di quelle di Legouest e di Macleod. — La mortalità dell' amputazione al 3.º inferiore è del 60 al 75 per 100; ma se l'amputazione è immediata, certamente può essere ridotta a poco oltre il 50 . . . . essa può essere rimpiazzata dall'amputazione ai condili con lembo patellare. Questa nuova operazione dee essere sostituita all' amputazione al 4.º inferiore tutte le volte che lo permettono le circostanze locali, la condizione anatomo-patologica della parte ferita, che sono le limitazioni della frattura all'epifisi femorale, e l'integrità della parte anteriore del ginocchio compresavi la rotella ».

Noi sappiamo di avere occupato più spazio di quello che ci viene destinato dall' economia del Giornale nel discorrere della Memoria del dott. Gritti; ad onta di ciò non siam soddisfatti, parendoci di non avere scritto abbastanza, perchè il lettore si faccia un giusto concetto dei pregi e della molta dottrina di cui è ricca. Se dicessimo di più, peccheremmo di adulazione. Facciam solo un voto, che voglia la nostra gioventù, che dassi allo studio della chirurgia, prender a modello questo libro.

2.º Ottimo e generoso pensiero, imminente la guerra (maggio 1866), fu quello del cav. dott. Ambrogio Gherini di pubblicare i frutti de' suoi studj e della molta sua pratica sulle ferite da arma da fuoco.

Nel grande Spedale di Milano, al primo buccinarsi di guerra vicina, si aprirono conferenze sulle ferite da arma da fuoco; molti giovani v'accorsero, il dott. cav. Gherini era il maestro; dopo averli istruiti, e rese loro familiari sul cadavere le gravi operazioni che possono richiedere le ferite stesse, volle munirli di un libriccino che nei casi gravi e svariati di ferite sui campi o negli spedali, richiamasse quanto loro avea insegnato a voce. E questo è il Vade Mecum accennato nella intestazione di questa Rivista.

È diviso in due parti. Nella 1.ª tratta delle ferite di arma a fuoco in genere; nella 2.ª delle ferite stesse nelle varie regioni e di diverse operazioni necessarie. V' han di più due tavole in cui son rappresentati quattro diversi tirapalle, la tenaglia incisiva di Liston, altra a bocca di leone per fermare l'estremità di un osso che si vuol segare, un compressore della succlavia al di sopra della clavicola, ed il tornichetto di campo dell'Assalini.

Definite, secondo Filippo Walcher, le ferite da arma a fuoco, ne dimostra necessario lo studio, sia per la causa che le produce, sia per la linea di condotta ben differente che il chirurgo dee tenere sul campo, alle ambulanze e negli spedali permanenti; indispensabile poi ai chirurghi civili italiani per deficienza nel nostro esercito di chirurghi militari, ond'essere pronti a farne le veci, s' intrattiene sulle specialità di queste ferite. Dichiarato quali sieno le semplici, le composte, le dirette ed indirette, le complicate, le penetranti, le perforanti e come ferisca la palla morta, viene a dire come diversifichino nella loro natura secondo: « *a*) la forma, la qualità ed il peso del projettile, *b*) il grado di forza col quale è lanciato, *c*) la loro sede ».

Il chirurgo che dee prestare assistenza ai feriti, è necessario conosca le armi ed i projettili tutti da esse lanciati, onde apprezzare il modo d' azione di ciascuno, e distinguere le lesioni prodotte da questo e da quello; egli è per ciò che molto a proposito, con molta chiarezza e cognizione, il nostro Autore parla delle armi di fuoco ora in uso negli eserciti, e della natura e forma dei projettili, e come variamente penetrino nella parte che colpiscono, quali più micidiali e quali meno, e per quali regioni, e come uno possa produr più ferite, ecc. E qui rende più persuasiva l' esposizione raccontando casi diversi di ferite tolti dalla propria pratica, non che dalla altrui, con che al giovane chirurgo vengono offerti esempj che in alcuni casi gravi e strani di ferite gli riesciranno di utile guida e di ammaestramento.

Segue un paragrafo in cui è discorso della sintomatologia, della diagnosi e della prognosi, indi un altro riguardante la cura delle ferite da arma da fuoco, che l'Autore distingue in locale e generale.

La prima medicazione locale, quando le circostanze lo permettono, è fatta dai chirurghi dei battaglioni prima che il ferito sia trasferito all'ambulanza. Questa 1.ª medicazione, che d'ordinario è semplicissima e provvisoria, se fatta debitamente, può salvare molte vittime e arrecare grandi vantaggi, e l'Autore dà precetti come il chirurgo debba condursi, e specialmente in caso di emorragie. — Arrivato il ferito all'ambulanza generale, il chirurgo d'ispezione dovrà: 1.º esaminare la ferita per conoscerne la natura e l'estensione; 2.º estrarre i corpi stranieri, ridurre e contenere le fratture; 3.º eseguire tantosto le operazioni urgenti.

Colla cura termina la prima parte. Alla 2.ª è premessa quest'avvertenza: « Era mia intenzione di descrivere nelle singole regioni i processi operativi delle più importanti operazioni; ma la ristrettezza del tempo ed altre circostanze me lo vietarono. E però non ho voluto trascurare le legature delle principali arterie, raccogliendole in un sol capitolo per maggior comodo, anzichè intercalarle nel trattato delle singole regioni del corpo ».

Date le norme per la legatura in genere delle arterie, l'Autore si occupa dettagliatamente di quella della carotide primitiva, della succlavia al di là dei muscoli scaleni, della succlavia sopra la clavicola, dell'ascellare immediatamente sotto la clavicola, della bracchiale alla parte media del braccio, della radiale e cubitale; poi di quelle delle estremità inferiori; iliache interna ed esterna; femorale superficiale al 3.º superiore della coscia, ed al 3.º inferiore; le tibiali anteriori e posteriori.

Ci dispiace di non poter trascrivere tutto il capitolo delle ferite d'arma a fuoco al capo, che sotto molti rapporti merita di essere letto e meditato. Egli ne divide le ferite: 1.º dei soli tegumenti e del pericranio; 2.º ferite con fratture senza depressione; 3.º ferite con frattura e depressione complicate o no da arresto di projettile in mezzo ai frammenti; 4.º intatte le parti molli, frattura senza o con depressione dell'osso. — Prima di parlarne singolarmente, rammenta alcune nozioni anatomiche, mercè le quali più facile si rende non solo l'intelligenza e la spiegazione dei fenomeni morbosi, ma altresì la scelta dei mezzi curativi. Egli è pure in quest'articolo che viene a dire della commozione cerebrale e della compressione, e discute sulla convenienza o no ne' varii casi dell'applicazione del trapano, descrivendone altresì l'operazione.

Dopo il cranio passa a rassegna le ferite della spina, della faccia e quelle del collo. — Le ferite al petto le divide in semplici, composte e penetranti; risulterebbe da statistiche riferite dall'Autore: « 1.º che il petto, sebbene presenti una vasta superficie, di rado vien ferito; 2.º che delle ferite poche sono penetranti in cavità; 3.º che delle ferite penetranti è assai scarso

il numero delle guarigioni; imperocchè la maggior parte dei feriti resta sul campo per lesione di grossi vasi e del cuore ». Alle ferite del cuore consacra un paragrafo a parte, che si chiude co' seguenti corollarii: « 1.° Lesioni del pericardio e del cuore senza interessamento di una cavità dello stesso, anche con presenza del projettile nella sostanza del cuore o nel pericardio; non sono mortali, ma v' ha sopravvivenza da un giorno a sei anni. 2.° Quando sono aperte ambedue le cavità da piccolo piombo non ostante la presenza di più pezzi in esse cavità, l'esistenza può essere protratta anche a 67 giorni. 3.° La morte è istantanea per apertura di due cavità ed anche di una sola da una palla. 4.° La ferita di un' arteria nel pericardio, sebbene piccolissima, è fatale ». — Altro paragrafo tratta delle ferite del diaframma, ed il successivo di quelle dell'addome; le quali divide in non penetranti e penetranti, e queste ultime con semplice perforazione del peritoneo, con perforazione del peritoneo e lesione dei visceri, e con lesione dei visceri senza perforazione del peritoneo. « L' addome offre un gran numero di ferite, scarso però è il numero delle penetranti, perchè sono all'istante mortali, o lo divengono ben presto ». Siccome le ferite dell'addome lasciano talvolta l'ano contro-natura, così l'Autore dà precetti anche sulla cura di questa schifosa infermità. — Le ferite agli arti, ci pajono trattate un pò troppo succintamente; osserva l'Autore come il loro numero superi il complessivo delle ferite toccate al restante del corpo, e come sieno in maggior numero quelle agli arti inferiori di quelle ai superiori; e lo dimostra anche con una statistica data dai feriti dall'ospedale provvisorio di S. Filippo nel 1859; tocca però qui degli accidenti della gangrena nosocomiale, della piemia, dell'osteomielite, della lesione di un nervo, del tetano e dell'emorragia. Delle fratture dice pochissimo.

L' ultimo capitolo versa sulla generalità delle amputazioni, disarticolazioni e resezioni.

Questo libro, piccolo di mole, è ricco assai di fatti, di ottimi precetti, di molta dottrina; dettato da un pratico coscienzioso e consumato; nulla di meglio pe' giovani chirurghi. Per quell'affetto che porta il chiariss. Autore alla gioventù, noi speriamo ch' ei vorrà compiere l' opera incominciata, regalandola di una completa monografia sulle ferite d'arma a fuoco, di cui l'Italia abbisogna.

M.

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. Romolo Griffini.

O...

Vendibili presso la Società per la ...
Universali delle Scienze e ...
IN MILANO
Nella Galleria De-Cristoforis, sopra lo sca...

—o=o—

COMPENDIO DI ANATOMIA DESCRITTIVA; del p... *Inzani*, di Parma. — In corso di pubblicazione. ... comprende l'osteologia, l'artrologia, la miologia, ... rosi, l'angiologia e la nevrologia; e vi è annessa l... *sintetica* o tipi dei principali sistemi del corpo umano. — ...pera intera è illustrata da un atlante di 20 tavole topografiche e 2 schematiche. Prezzo del vol. 1.° e dell'atlante, it. L. 15.

STUDIO CLINICO DI OTTALMOLOGIA; Lettura fatta all'Ateneo di Brescia nella seduta del 25 febbrajo 1866 dal socio dottor *Franco Gosetti*. Milano, 1866. — Prezzo cent. 50.

INTORNO ALL'AZIONE DEI REVELLENTI; esperienze instituite nel Laboratorio di patologia sperimentale della R. Università di Pavia nell'anno 1865, per *G. Ceradini*. Milano, 1866. — Prezzo cent. 50.

LEZIONI SULLA FISIOLOGIA GENERALE E COMPARATA DEL SISTEMA NERVOSO fatte al Museo di storia naturale da *A. Vulpian*, raccolte e redatte da *F. Brémond*. Estratto del prof. *Filippo Lussana*. Milano, 1866. — Prezzo it. L. 1. 50.

STUDJ SULLA CONTRATTILITÀ ELETTRICA E VOLONTARIA; del dott. *Crisanto Zuradelli*. Milano, 1866. — Prezzo it. L. 2.

DELLA CURA ELETTRICA DELLA PARALISI DEGLI SCRITTORI; del dottore *Crisanto Zuradelli*. Milano, 1864. — Prezzo it. L. 1.

OSSERVAZIONI CHIRURGICHE; del dottore *Bernardino Larghi* di Vercelli. Milano, 1866. — Prezzo cent. 80.

URETROSTENOTOMO od istrumento destinato al taglio interno degli stringimenti fibrosi dell'uretra, proposto dal dottor *Amilcare Ricordi*. Con Tavola. Milano, 1864. — Prezzo, in carta velina, it. L. 1.

ANEURISMA DEL TRONCO DELLA CELIACA. Dalla Clinica medica di Bologna; del professore *Concato Luigi*. Milano, 1862. — Prezzo cent. 80.

DELL'ESTRAZIONE DEI CORPI STRANIERI INTRODOTTI NELLE VIE ORINARIE; del dott. cav. *Gherini Ambrogio*. Milano, 1863. — Prezzo, in carta velina, it. L. 1.

DELLA FESSURA ALL'ANO . più particolarmente della sua eziologia; pel dott. *Gio. Melchiorj*. Milano, 1864. — Prezzo cent. 50.